IRINA HOLDEVICI

GÂNDIREA POZITIVĂ

Ghid practic de psihoterapie
raţional-emotivă şi
cognitiv-comportamentală

II 336.792

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
II 336.792

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

IRINA HOLDEVICI

GÎNDIREA POZITIVĂ

Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

IRINA HOLDEVICI

224341

GÎNDIREA POZITIVĂ

Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv-comportamentală

ALE

016485
B.C.U. - IASI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BUCUREŞTI, 2000

606
2 Gândire pozitivă x Psihoterapie
a Psihoterapie x Terapie cognitiv
a Psihoterapie x Terapie raţion

Editor: IOAN EREMIA ALBESCU
Coperta: ANDREEA DOBRECI
Tehnoredactor: ANDREEA DOBREC

615.851

Pentru comenzi adresaţi-vă la CP 5-144, Bucureşti

Toate drepturile sunt rezervate. Reproducerea sau transmiterea, chiar şi fragmentară, indiferent de formă sau mijloc, este permisă numai cu acordul scris al editorului.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
HOLDEVICI, IRINA
Gândirea Pozitivă / prof. dr. Irina Holdevici
- Ed. a 2-a, rev. - Bucureşti: Dual Tech. 2000
368 p: 13X20 cm
Bibliogr.
ISBN 973-99482-2-7
159.923.2

BCU IAŞI

CUPRINS

1. Gîndirea pozitivă 7
2. Psihoterapia raţional-emotivă 22
3. Orientarea cognitiv-comportamentală în psihoterapie 66
4. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în grup ... 77
5. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în rezolvarea problemelor de viaţă 144
6. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice 155
7. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările obsesive 179
8. Psihoterapia atacurilor de panică şi a anxietăţii generalizate 199
9. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii 219
10. Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările psihosomatice şi somatoforme 246
11. Elemente de psihoterapie utilizate la pacienţii cu afecţiuni psihiatrice cronice 266
12. Psihoterapia în probleme de cuplu marital 276
13. Abordări psihoterapeutice în cazul disfuncţiilor sexuale psihogene 300
14. Psihoterapia cognitivă în stare de hipnoză 323
15. Eliminarea comportamentului de eşec prin intermediul terapiei cognitiv-comportamentale .. 350

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 1

*Gîndirea pozitivă**

Observaţii empirice mai vechi, ca şi cercetări mai recente arată că oamenii cu o gîndire „pozitivă" se descurcă mai bine în situaţiile dificile, au o mai mare capacitate de efort – fizic şi intelectual –, rezistă mai bine în situaţii stresante şi, în general, sînt mai capabili de a obţine rezultate superioare decît alţii cu aptitudini asemănătoare. De asemenea, ei se însănătoşesc mai rapid în cazul că au fost afectaţi de o maladie sau de un accident şi se pare chiar că au o mai mare rezistenţă la îmbolnăvire.

Înainte de a examina mai în detaliu „puterea gîndirii pozitive" şi modul în care ne-o putem dezvolta, să vedem ce este ea.

Ce este gîndirea „pozitivă"?

Gîndirea „pozitivă" este, de fapt, o atitudine care ne permite să descoperim mai uşor soluţiile, aspectele pozitive ale situaţiilor cu care sîntem confruntaţi. Ea nu se referă numai la optimism, ci şi la orientarea constructivă, de tipul „să vedem ce se poate face în situaţia în care ne aflăm".

* Capitol redactat în colaborare cu I.P. Vasilescu.

Această atitudine porneşte de la „să vedem cum se poate să soluţionăm problema", nu de la „nu se poate, orice aş face n-am nici o scăpare, sînt învins".

Ce sînt atitudinile? Felul în care reacţionăm în faţa situaţiilor cotidiene, ca şi a celor de competiţie sau a altor forme de solicitare deosebită implică trei mari aspecte. În primul rînd, noi reacţionăm în mod cognitiv, în sensul că ne formăm anumite păreri, credinţe, „opinii" asupra persoanelor, relaţiilor, activităţilor, obiectelor etc. implicate în situaţie. În al doilea rînd, noi reacţionăm în mod afectiv, adică diversele elemente ale situaţiei ne plac sau ne displac, unele mai mult, altele mai puţin. În al treilea rînd, noi reacţionăm în mod comportamental, ceea ce implică tendinţa de a acţiona în anumite moduri faţă de elementele situaţiei, în funcţie de ceea ce credem şi ceea ce simţim în acea împrejurare. Aceste trei aspecte pot fi activate întîmplător de o anumită situaţie, alteori, însă, relaţia dintre ele prezintă o oarecare stabilitate. De exemplu, dacă atunci cînd intrăm într-o sală de sport şi antrenorul tocmai se răsteşte la jucători, acest fapt nu va fi de natură să genereze o stare agreabilă şi nici dorinţa de a i ne adresa, ci mai degrabă de a-l evita. Starea afectivă, părerile şi tendinţele spre acţiune se pot schimba însă dacă antrenorul revine la o comportare destinsă şi camaraderească. Reacţiile afective, cognitive şi comportamentale nu au constituit în acest caz o atitudine. *Atitudinea presupune o relaţie relativ stabilă între sentimentele, credinţele şi tendinţele spre acţiune orientate către anumite persoane, grupuri, idei sau obiecte* (Baron şi Byrne, 1981). Despre aşa ceva este vorba atunci cînd în raport cu o persoană avem anumite păreri, sentimente şi tendinţe de a acţiona (de a o evita sau de a o căuta, de exemplu).

Atitudinea este deci o anumită predispoziţie, orientare în raport cu un „obiect" şi înglobează credinţele, simţămintele şi tendinţa de a acţiona într-un anumit mod în raport cu „obiectul". De aceea am spus că gîndirea „pozitivă" este o

atitudine. Ea presupune o anumită structură *cognitivă*, *emoţională* şi *comportamentală* a persoanei în faţa lumii, un anumit mod de a se „vedea" pe sine şi pe ceilalţi, de a înţelege, simţi şi acţiona în relaţiile cu ceilalţi, cu situaţiile cu care este confruntat, şi anume, un mod constructiv, eficient şi oportun („pozitiv").

Prin relativa lor stabilitate, atitudinile reprezintă o cristalizare a experienţei anterioare, căci, în momentul confruntării cu obiectul atitudinii, noi îl percepem într-un anumit fel, îl „înţelegem" mai rapid, ştim, fără efort, cum să ne comportăm faţă de el. Aceste păreri, simţăminte şi reacţii „prefabricate" în faţa obiectului permit o mare economie de efort şi, în măsura în care sînt *adecvate*, ele facilitează adaptarea la realitate. Dacă s-au format însă atitudini inadecvate, ele devin un handicap în adaptare.

Dar *cum se formează atitudinile?* În mod obişnuit, noi nu controlăm voluntar procesul de formare a propriilor atitudini, aşa cum nu controlăm nici bătăile inimii. Există trei mari căi de formare a atitudinilor: a) condiţionarea clasică; b) condiţionarea instrumentală; c) învăţarea observaţională.

a) Termenul de *condiţionare clasică* evocă în mod automat numele lui Pavlov şi experimentele în care cîinele salivează cînd se aprinde beculţul sau sună clopoţelul. Totuşi, mecanismul condiţionării pavloviene se reîntîlneşte în numeroase alte contexte a căror schemă de bază este aceeaşi: un *stimul neutru*, care iniţial nu produce nici un răspuns, este asociat de mai multe ori cu un stimul care în mod *necondiţionat* provoacă răspunsul. Treptat, stimulul neutru capătă capacitatea de a activa o reacţie pe care nu o declanşa înainte de a fi fost asociat cu cel necondiţionat, înainte de condiţionare. Dacă implicarea individului este puternică, e suficientă o singură asociere şi stimulul necondiţionat va trezi aceleaşi reacţii (emoţionale, cognitive sau comportamentale) ca şi cel necondiţionat. De exemplu, un accident de schi poate, prin asocierea pîrtiei cu evenimentul, să conducă la

apariţia unei reacţii de teamă, de evitare a acelei pîrtii sau chiar a schiului în general. De asemenea, la un pilot căruia i s-a oprit sau i-a luat foc motorul avionului în timpul unui exerciţiu dificil de acrobaţie aeriană şi care a supravieţuit accidentului i se poate condiţiona o puternică teamă nu numai faţă de acel exerciţiu de acrobaţie aeriană, dar chiar faţă de zbor – activitatea care pînă în acel moment putea să reprezinte, fără exagerare, raţiunea lui de a fi.

Formarea prin condiţionare a unei atitudini nu presupune doar evenimente negative şi dramatice. Sîntem înclinaţi să avem o atitudine favorabilă faţă de o persoană pe care am cunoscut-o într-o ocazie plăcută pentru noi. De exemplu, dacă îl reîntîlnim pe cel care ne-a înmînat o medalie de aur este probabil că ne va face plăcere şi îl vom simpatiza, deşi ştim că el ar fi înmînat-o la fel de bine şi adversarului nostru. Condiţionarea a avut loc într-un context plăcut şi acesta ne determină să extindem impresia agreabilă şi asupra elementelor care, întîmplător, au alcătuit ambianţa respectivă.

În forma clasică, ideea de condiţionare presupunea mai multe asocieri între stimulul nostru şi cel necondiţionat pînă cînd primul devenea şi el capabil să declanşeze reacţia (devenea stimul condiţionat); acest lucru este valabil şi la om. Aşa se întîmplă atunci cînd membrii unei echipe se aşteaptă să cîştige în faţa unei echipe pe care au mai învins-o în întîlnirile anterioare. La fel se petrec lucrurile şi cînd un atlet „prinde frică" de executarea unui element pe care l-a greşit de cîteva ori, sau un individ căruia i s-a făcut rău în metrou va putea dezvolta fobia de acest mijloc de transport.

b) *Condiţionarea instrumentală* este legată de numele lui B.F. Skinner. Ea defineşte mecanismul prin care *o reacţie este produsă pentru a se obţine un anumit efect* (spre deosebire de condiţionarea pavloviană, unde reacţia se producea din cauza apariţiei unui stimul). Reacţia apare pentru a obţine o anumită recompensă sau pentru a evita o penalizare. Sancţionarea pozitivă (recompensa) sau negativă (pedeapsa) a

reacţiei duce la întărirea, la fixarea acesteia. În formarea atitudinilor, sancţiunile sînt cel mai adesea imateriale, dar nu mai puţin eficiente. Au fost realizate experimente în care s-a constatat că simplul fapt că examinatorul murmură „bine..." cînd se formulează anumite afirmaţii poate să conducă la o anumită orientare a atitudinilor celui investigat. În mod asemănător, individul este determinat să-şi însuşească atitudinile familiei sale, ale grupului de prieteni, colegi etc.

c) Învăţarea observaţională a atitudinilor implică unele aspecte diferite faţă de condiţionare. Ea se referă la înclinarea oamenilor de a prelua atitudinile pe care le observă la cei din jur. Este vorba, în primul rînd, de atitudinile faţă de „obiecte" în raport cu care nu avem încă o orientare precizată, dar mecanismul poate să afecteze şi unele atitudini formate, dar mai puţin ferme. În acest mod, individul poate să preia anumite atitudini faţă de un adversar politic cu care încă nu s-a confruntat. Contactul cu reclama, cu „aura" adversarului, care precede contactul direct cu acesta, convingerile altor colegi de partid îl pot demobiliza pe un tînăr politician în plină afirmare.

Pot atitudinile noastre să influenţeze realitatea obiectivă?

Se pune întrebarea în ce măsură convingerea noastră că cineva este bun sau inteligent sau, dimpotrivă, incapabil de mari performanţe, îl poate face pe acesta mai bun, mai inteligent sau, în caz contrara, îi poate bara drumul spre marile performanţe. Aceasta este problema pe care o vom examina acum şi nu măsură în care atitudinile noastre transpuse în planuri şi obiective de transformare a realităţii o pot influenţa.

Răspunsul la întrebarea de mai sus este afirmativ. Atitudinile noastre pot influenţa realitatea, desigur nu într-un mod absurd. Vom vedea imediat o serie de situaţii experimentale

sau date culese din activitatea practică în care acest lucru se produce chiar fără ca noi să fim conştienţi de aceasta.

Asemenea lucruri nu trebuie să fie înţelese în modul magic-infantil în care le-a prezentat o literatură desuetă. Dorinţa mea de a căpăta aripi şi de a zbura nu se va transporta niciodată în calitate, oricît de puternică ar fi credinţa mea în aceasta.

Există în psihologia socială o teorie cunoscută sub numele de „profeţia care se autoîmplineşte". Este vorba de tendinţa ca expectaţiile (atitudinile, aşteptările) cuiva să evoce comportamente care să conducă la confirmarea aşteptărilor. Acest fenomen se produce şi atunci cînd „obiectul" atitudinii este o altă persoană, dar şi atunci cînd este vorba despre noi înşine.

Într-unul din cele mai cunoscute experimente de acest gen centrat pe „tendinţa experimentatorului", raportat în 1966, Robert Rosenthal arată că, uneori, cercetătorul face, fără să vrea, ca aşteptările să prindă viaţă. Subiecţii au fost invitaţi să aprecieze cît de mare este succesul oamenilor care le-au fost arătaţi în nişte fotografii.

Proba a fost aplicată de către mai mulţi experimentatori. Unii dintre ei se aşteptau ca subiecţii să vadă în fotografii figurile unor persoane cu mult succes, alţii presupuneau că fotografiile aveau să fie percepute ca aparţinînd unor oameni cu mai puţin succes. Deşi toţi experimentatorii au citit acelaşi instructaj şi au încercat să nu influenţeze opiniile subiecţilor, totuşi subiecţii examinaţi de experimentatorii care se aşteptau ca ei să vadă figurile unor oameni plini de succes le-au perceput în acest mod, şi invers.

Experimentul citat pune în evidenţă realitatea fenomenului de „împlinire a profeţiei", care ne apare întrucîtva inexplicabil, deoarece nu ne lasă să pătrundem în intimitatea mecanismului său de funcţionare. Numeroase alte experimente ulterioare au permis însă acest lucru.

Una dintre cele mai controversate direcţii de experimentare asupra „autoîmplinirii profeţiei" este legată de relaţia profesorilor cu elevii. Desigur, este normală corelaţia dintre părerea pe care profesorul, instructorul o au despre cei pe care îi pregătesc şi performanţele lor reale: instructorul îi consideră capabili pe cei care obţin rezultate bune. Dar fenomenul „autoîmplinirii profeţiei" prezintă o cauzalitate inversată, discipolul în cauză fiind mai capabil decît alţii pentru că instructorul crede (la început chiar eronat) că este mai bun. Acelaşi Rosenthal (împreună cu Lenore şi Jacobson, în 1968, raportează rezultatele următorului exepriment: despre un număr de elevi de şcoală elementară, aleşi la întîmplare, s-a afirmat că au rezultate de excepţie la testele de inteligenţă. Examinaţi după o vreme, respectivii elevi au înregistrat *cu adevărat* o creştere a coeficientului intelectual. Părerea falsă, indusă experimental profesorilor, *a devenit realitate*. Experimentul sugerează adesea că dificultăţile pe care le întîmpină elevii şi studenţii şi, în general, cei care parcurg un proces instructiv-educativ de formare a unor cunoştinţe şi deprinderi reflectă în bună măsură expectaţiile reduse pe care profesorii, instructorii, părinţii le au în legătură cu performanţele acestora. Experimentul a fost supus unor numeroase critici metodologice de alţi cercetători. O statistică întocmită zece ani mai tîrziu de Rosenthal şi Rubin (în 1978) arată că doar 30% dintre experimentele publicate raportează influenţe semnificative ale expectaţiilor profesorilor asupra performanţelor elevilor. Proporţia de aproximativ 1/3 nu este totuşi neglijabilă şi ea atrage atenţia asupra condiţiilor şi limitelor acestor influenţe. Un copil foarte dotat nu va fi doborît de expectaţiile joase în raport cu el, aşa cum nici un copil fără calităţi nu va putea fi transformat într-un geniu pentru că toată lumea se aşteaptă la aşa ceva.

Problema de care ne ocupăm aici este însă cum putem să susţinem dezvoltarea persoanei luînd ca bază posibilităţile pe care le are, cum pot fi actualizate disponibilităţile sale. Noi

comparăm deci individul cu nivelul lui anterior pentru a aprecia dezvoltarea sau regresul său şi la acest nivel expectaţiile formulate în legătură cu persoana pot să-i afecteze evoluţia. Aceasta este o problemă cu care sîntem confruntaţi oricare dintre noi în viaţa cotidiană.

Cum se produc totuşi aceste influenţe atunci cînd ele sînt înregistrate? Cercetările arată că profesorii privesc, zîmbesc şi îi aprobă mai des prin mişcările capului pe cei pe care îi consideră mai dotaţi. De asemenea, îi întreabă mai des, îi pun să lucreze mai intens decît pe cei nefavorizaţi şi, în consecinţă, îi ajută să obţină cu adevărat performanţe superioare.

Efectul de autoîmplinire nu acţionează numai de „sus în jos", ci şi invers, de la expectaţiile celor instruiţi spre performanţele instructorilor lor. În 1982, Robert, Feldman şi Theiss arătau că într-un exeperiment, studenţii cărora li s-a spus că vor avea de-a face cu un profesor competent (care nu ştie nimic despre expectaţiile lor) nu numai că l-au considerat mai competent şi mai interesant, comparativ cu studenţii cu joase expectaţii referitoare la acelaşi profesor, dar au şi învăţat mai bine.

Aici nu este vorba (doar) de autosugestie (care şi ea este un mecanism puternic), ci de modificări *obiective* ale comportamentului persoanei despre care noi credem ceva, chiar dacă nu-i spunem ce credem despre ea. Într-un experiment realizat de Mark Snyder, Elisabeth Tanke şi Ellen Bersheid (1977) studenţii au fost puşi să discute la telefon cu o persoană de sex feminin. Unora dintre studenţi li s-a arătat fotografia unei femei frumoase, altora a uneia neatrăgătoare şi li s-a spus că persoana din fotografie este cea cu care vor vorbi la telefon. A fost apoi analizat modul în care a vorbit persoana de sex feminin care, desigur, nu cunoştea părerea studenţilor despre aspectul său exterior. S-a constatat că persoanele *presupuse* ca avînd un aspect atrăgător au vorbit *cu adevărat* într-un mod mai cald, mai plăcut. Ceea ce credem despre un altul ne face să ne comportăm faţă de acesta astfel

încît el să reacţioneze aşa cum trebuie pentru a confirma opiniile noastre. Cum simte însă „persoana-ţintă" ce credem noi despre ea, intervine oare acel celebru „al şaselea simţ"? Propriile date obţinute în condiţii experimentale de *competiţie* arată că o asemenea ipoteză nu este necesară. Există o conexiune între autoîmplinirea profeţiei atunci cînd „obiectul" atitudinii este o altă persoană şi atunci cînd acesta este reprezentat de noi înşine.

Mark Snyder şi Swann (1978) au pus perechi de subiecţi să concureze într-o sarcină de timp de reacţie. La fiecare încercare, indivizii trebuiau să răspundă cît mai repede cu putinţă, iar cel care reacţiona cel mai rapid era declarat învingător. Fiecare subiect avea dreptul să creeze dificultăţi adversarului, să-i distragă atenţia, producînd zgomot în căştile acestuia şi prelungindu-i astfel timpul de reacţie (care se măsoară în sutimi de secundă). Fiecare subiect avea la dispoziţia sa cîte un buton prin apăsarea căruia expedia adversarului „bombe de zgomot" cu şase niveluri de intensitate.

Înainte de începerea experimentului, cîte unui membru din fiecare pereche („persoana care percepe") i s-au furnizat „informaţii" despre adversarul său („persoana ţintă"). S-au format două loturi (grupuri) de perechi. Într-un grup, potrivit informaţiilor date „persoanei care percepe", „persoana-ţintă" avea o fire agresivă, ostilă, competitivă. În celălalt grup, „persoana-ţintă" era descrisă ca fiind neostilă, cooperantă, supusă, amabilă. După furnizarea acestor informaţii a început competiţia.

În primul rînd s-a constatat că cei cărora „persoana-ţintă" le-a fost descrisă ca fiind agresivă au utilizat „bombe" mai zgomotoase decît cei cărora aceasta le-a fost prezentată ca fiind neostilă. (Dacă ne reamintim de experimentul de mai sus (cu conversaţia telefonică), vedem acum că „persoana-ţintă" (cea despre care studenţii presupuneau că au văzut-o în fotografie) putea şi ea să sesizeze atitudinea celui care îi vorbea, chiar dacă acesta nu era conştient că o manifestă.

În al doilea rînd s-a constatat că „persoanele-ţintă" etichetate ca „ostile" au utilizat cu adevărat niveluri de zgomot mai mari împotriva adversarilor lor decît cei descrişi ca „neostili", cu toate că „persoanele-ţintă" nu aveau nici o informaţie despre cum erau etichetaţi sau despre partener. În acest experiment este foarte limpede că ei au reacţionat la comportamentul partenerului „informat" cu privire la „ostilitatea" lor. Altfel spus, opinia (bazată pe o falsă informaţie) cu privire la felul de a fi al „persoanei-ţintă" îşi creează propria sa realitate, inducînd „ţintei" un comportament conform expectaţiilor faţă de această persoană, în ciuda faptului că cel care impune conformarea („persoana care percepe") nu îşi propune aşa ceva şi nici măcar nu este conştientă de acest efect al propriului său comportament. „Profeţia" se autoîmplineşte şi forţa acestui fenomen psihosocial subjugă ambii parteneri, indiferent că unul (ţinta) este controlat, iar celălalt „controlează" comportamentul celui dintîi. Ei se supun unei relaţii interpersonale, care se împlineşte prin actele lor conştiente şi voluntare (răsucirea butonului de zgomot), dar care, de fapt, scapă nu numai de sub controlul lor, ci şi înţelegerii lor cu privire la evoluţia propriei situaţii.

Dar aceasta nu este încă totul. În a adoua parte a experimentului, „persoanele-ţintă" au intrat într-o competiţie asemănătoare (de viteză de reacţie) cu cîte un nou partener care nu a participat la faza anterioară şi nu ştia nimic despre experiment. Înainte de a începe noua fază, fostele „ţinte" au fost informate despre semnificaţia modului (cooperant sau ostil) în care au utilizat „bombele de zgomot" în prima fază. Unora li s-a spus că acest mod reflectă tipul lor de personalitate (deci modul este atribuit dispoziţiilor, caracteristicilor lor interne (*atribuire dispoziţională*), iar celorlalţi că reflectă comportamentul partenerului (*atribuirea situaţională*: nivelul zgomotului cu care şi-a „bombardat" adversarul este dependent de situaţia – cooperantă sau ostilă – creată de partener, nu de personalitatea subiectului). Cum s-au comportat fostele

„ţinte" în noua fază a experimentului? *Cei cărora li s-a spus că reacţiile lor au reflectat propriile trăsături de personalitate au continuat să se comporte ca în faza anterioară.* Astfel, au folosit niveluri înalte sau joase de zgomot, după cum în etapa anterioară fuseseră etichetaţi în faţa adversarilor lor ca „ostili" sau „nonostili". Cei cărora li s-a spus că modul lor de comportament reflectă acţiunile partenerului din prima fază nu şi-au mai menţinut nivelul de zgomot utilizat anterior. În figura 1 sînt prezentate rezultatele *atribuirii dispoziţionale,* comparativ cu cea *situaţională.*

Rezultatele acestui experiment asupra percepţiei sociale, interacţiunii sociale şi atribuirii cauzelor au implicaţii tulburătoare. O falsă informaţie pe care cineva o primeşte în legătură cu noi (informaţie pe care nu numai că nu o avem, dar nici măcar nu ştim că ar putea să existe) duce nu numai la schimbarea modului în care sîntem preceputi de acea persoană, dar poate să conducă la schimbarea felului în care ne percepem şi ne comportăm noi înşine.

Profeţia se autoîmplineşte deci nu numai atunci cînd se referă la un altul, ci şi cînd se referă la subiectul care o gîndeşte. Atunci cînd *cineva percepe o persoană* ca avînd anumite trăsături se comportă faţă de ea într-un mod care determină „persoana-ţintă" să se conformeze credinţelor, aşteptărilor faţă de ea. „Persoana-ţintă" preia deci *rolul* care îi este impus prin expectaţiile atribuitorilor de rol. Atunci cînd „persoana-ţintă" se percepe acţionînd în modul în care o face, ea îşi poate schimba propria imagine, percepţia asupra sa. Această modificare ne apare cu atît mai intensă, cu cît „persoana-ţintă" este mai convinsă că acţiunile sale izvorăsc din sine şi nu sînt determinate de conjunctură. De exemplu, cîştigătorul unei competiţii intră mai mult în rolul, „în pielea" campionului atunci cînd poate considera că a cîştigat datorită aptitudinilor şi antrenamentului, efortului său, decît accidentării favoritului candidat la titlu sau unor aranjamente de culise.

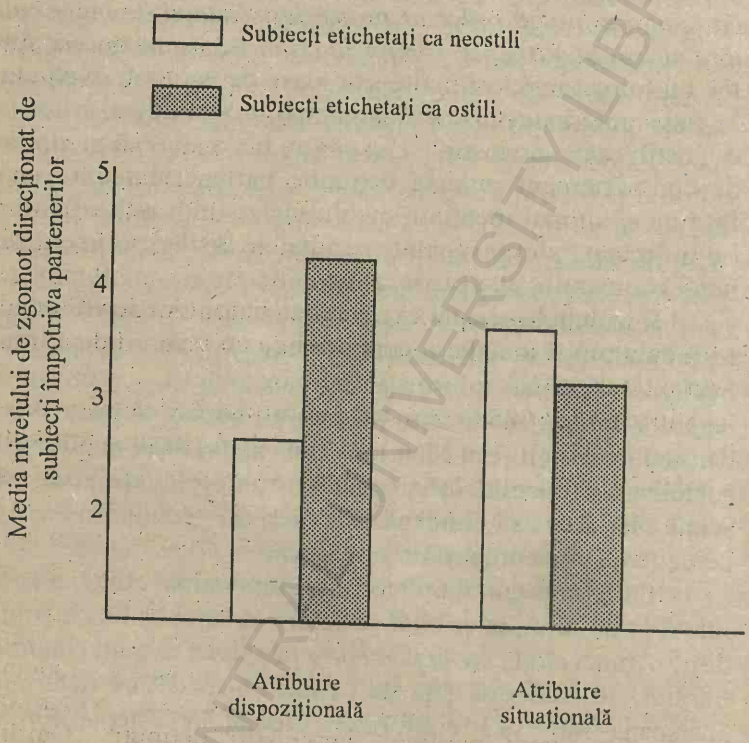


Fig. 1. Autoîmplinirea falsei „profeţii" prin atribuire dispoziţională în urma percepţiei sociale şi a interacţiunilor sociale. În studiul lui Snyder şi Swann (1978), într-o primă fază a experimentului subiecţii au fost descrişi partenerilor, fără ştirea lor, ca fiind ostili sau neostili. După cum era de aşteptat, partenerii s-au comportat cu ei într-un mod care i-a făcut pe subiecţi să confirme aceste etichete. Ulterior, cînd ei au interacţionat cu un nou partener, subiecţii cărora li s-a spus că felul lor de a se purta din prima fază a experimentului reflectă adevărata lor personalitate au continuat să se comporte în concordanţă cu eticheta pusă lor anterior (după Baron şi Byrne, 1981, p. 79).

Efectul de modificare a percepţiei asupra propriei persoane, a atitudinilor faţă de sine sau faţă de alţii atunci cînd sîntem confruntaţi cu informaţii noi, apare datorită necesităţii de *reducere a disonanţei*, a tensiunii care apare între diferitele elemente ale sistemului nostru cognitiv şi/sau afectiv.

Pot însă asemenea autopercepţii să conducă la o modificare *importantă* a felului nostru de a fi, a eficienţei, a combativităţii, a iniţiativei şi spiritului nostru de luptă, a felului nostru de a gîndi, a performanţelor noastre? Experimentele arată că da. Şi nu numai pe perioade de ordinul minutelor şi nu numai în acţiuni simple ca răsucirea butonului de volum al zgomotului, ci şi în situaţii comparabile cu un mod de a trăi, cu un mod de a fi.

În cadrul audierilor asupra reformei închisorilor, Camera Reprezentanţilor a Statelor Unite ale Americii a urmărit, în 1971, în cadrul Comisiei Judiciare, un studiu prezentat de un cercetător din domeniul psihologiei sociale. Autorul era Philip G. Zimbardo, iar studiul se baza pe un experiment mai neobişnuit, relevant nu numai pentru reforma judiciară, dar şi pentru problema de care ne ocupăm aici. Zimbardo a simulat o închisoare în cadrul Departamentului de psihologie al Universităţii din Stanford. Dintr-un grup de voluntari, studenţi „decenţi şi inteligenţi", jumătate au fost desemnaţi, prin aruncarea banului, drept „gardieni", iar ceilalţi „deţinuţi". „Gardienii" au primit uniforme, bastoane de cauciuc şi fluiere şi au fost învăţaţi să impună respectarea anumitor reguli. „Deţinuţii" au fost închişi în celule cu gratii şi au primit „echipamentul" corespunzător. Se convenise iniţial ca aceste roluri să fie jucate timp de două săptămîni. Totuşi, deşi toţi erau conştienţi că este vorba de un joc în care au intrat de bună voie, efectele asupra participanţilor au fost atît de ample, încît experimentul a trebuit să fie întrerupt după 6 zile. Zimbardo arată că experimentul a generat confuzie între realitate şi iluzie, între jucarea unui rol şi identitatea de sine. „La sfîrşitul a numai şase zile a trebuit să punem capăt parodiei noastre de

închisoare deoarece ceea ce am văzut ne-a înspăimîntat. Nu mai era limpede pentru noi sau pentru cei mai mulţi dintre subiecţi unde încetau ei şi de unde începeau rolurile lor. Majoritatea au devenit cu adevărat «deţinuţi» sau «gardieni», nemaiputînd face diferenţierea între jocul de rol şi eul personal. S-au produs schimbări dramatice aproape sub toate aspectele comportamentului, gîndirii şi simţămintelor. În mai puţin de o săptămînă, experienţa întemniţării a anulat (temporar) o experienţă de o viaţă întreagă: valorile umane au fost suspendate, noţiunile despre propria persoană au fost puse sub semnul întrebării şi cea mai urîtă, mai joasă latură patologică a naturii umane a ieşit la suprafaţă. Am văzut cu oroare cum unii băieţi («gardieni») îi tratau pe alţii ca şi cînd ar fi fost animale demne de dispreţ, găsind plăcere în cruzime, în timp ce alţi băieţi («deţinuţii») deveneau servili, roboţi dezumanizaţi, care se gîndesc doar la fugă, la propria lor supravieţuire individuală şi la ura lor crescîndă pentru «gardieni»" (Zimbardo, 1971, după Myers, 1983).

Deci, jucarea conştientă a unui rol aleator selectat şi de bună voie acceptat, pentru nici o săptămînă, este capabilă să inducă modificări puternice în modul de a simţi, gîndi şi a se comporta. Aici, nici măcar nu mai este vorba de o „profeţie", despre o credinţă a subiecţilor că ei ar fi într-un anumit fel, că ar avea anumite caracteristici, pentru că toţi ştiu că nu este cum se prefac, cum se joacă, cum spun că ar fi şi, cu toate acestea, încep să se simtă ca şi cum ar fi cu adevărat „deţinuţi" sau „gardieni", încep să manifeste nişte comportamente pe care nu le-ar fi bănuit prezente în registrul lor de posibilităţi, să gîndească în moduri care mai înainte nu le aparţineau. Ei „intră în pielea personajului", intră în rol şi încep să se poarte, să simtă şi să gîndească ca personajele pe care le joacă, în conformitate cu rolul care le-a fost atribuit (aici aleator) şi pe care l-au acceptat fără chiar să fi existat vreo legătură între personalitatea lor şi rolul (ales prin tragere la sorţi) pe care-l joacă. Ceea ce subiecţii din experimentul lui

Zimbardo *afirmă* despre ei (că sînt „gardieni" sau „deţinuţi") începe să devină realitate şi să influenţeze felul lor de *a fi*.

Cum este cu putinţă aşa ceva, cum se transformă părerea (sau nici măcar atît, ci doar convenţia) în realitate? O serie de aspecte ţin de sugestie şi autosugestie, altele de mecanismele cognitive implicate în cunoaşterea de sine şi în formarea imaginii despre propria persoană.

Aceste aspecte pot conduce la apariţia unor comportamente disfuncţionale, dar ele pot fi utilizate în mod deliberat şi constructiv în psihoterapie şi în optimizarea performanţelor umane.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 2

Psihoterapia raţional-emotivă

Identificarea şi înlăturarea unor obstacole interne care stau în calea propriei afirmări

O idee importantă, care se desprinde din numeroase cercetări cum sînt, de exemplu, studiile referitoare la dezvoltarea maimuţelor şi copiilor timizi, precum şi din experimentele cu simularea întemniţării, este aceea că modul în care persoana se comportă în confruntarea cu obstacole externe ţine nu numai de mărimea lor *obiectivă*, ci şi de *imaginea*, de *reflectarea* lor în plan intern. Timidul construieşte o imagine asupra lumii în care el are o poziţie de inferioritate. El este gata înfrînt în confruntarea cu o persoană mai combativă pentru că „gardianul" său interior nu-i permite să se mişte liber. El este îngrădit de propriile imagini asupra drepturilor sale în relaţiile cu lumea şi uneori este înfrînt mai puţin de către adversar decît de el însuşi. Experienţa psihoterapeutică arată că, în general, oamenii sînt mai puţin perturbaţi de agresiunea şi schimbările mediului extern decît de ideile pe care ei le dezvoltă în legătură cu aceste evenimente. Altfel spus, ei sînt perturbaţi mai mult de ei înşişi decît de ceea ce li se întîmplă cu adevărat. Autoperturbarea se dovedeşte a fi, ca şi „auto-gardianul", o procedură foarte „eficientă" de limitare a capacităţilor proprii, de autosabotare în realizarea obiectivelor propuse, a succesului şi satisfacţiei în activitatea umană de orice natură.

Această constatare a condus la inițierea, în 1955, a terapiei rațional-emotive (*Rational-emotive therapy*). Într-o recentă lucrare, ea este definită ca „o formă științifică și umanistă de psihologie, care susține că oamenii dornici să muncească asupra lor au un considerabil control asupra evoluției lor emoționale și pot mări acest control, refuzînd astfel să devină anxioși, deprimați, să se urască, să se înfurie, să-și plîngă de milă în legătură cu aproape orice" (Elis, 1987, p. 364). Albert Elis, autorul terapiei rațional-emotive și unul dintre susținătorii de frunte ai gîndirii raționale în acest secol, consideră că „oamenii se perturbă ei înșiși într-o măsură mai mare decît sînt perturbați de forțe nefavorabile din mediul lor timpuriu sau din mediul social de mai tîrziu și de aceea ei au unica și remarcabila putere de a înțelege ceea ce au de făcut pentru a fi mai puțin nevrotici, a-și schimba gîndurile iraționale, simțămintele inadecvate și comportamentul disfuncțional, pentru a deveni sănătoși sub aspect mental și a putea să se dezvolte conform propriilor obiective" (ibidem).

Școala terapiei rațional-emotive consideră că oamenii, indiferent de nivelul lor de instruire, au o puternică tendință biologică de a se perturba în mod inutil și manifestă o pronunțată predispoziție de a prelungi în mod inconștient disfuncția lor psihică și de a se opune eliminării ei. Deși ideea este susținută de însuși părintele curentului, care îi consacră un studiu special („Bazele biologice ale iraționalității umane", 1976), ea ne apare în mod evident exagerată. Această teorie are totuși meritul de a fi concentrat eforturile spre identificarea cît mai exactă a blocajelor, a obstacolelor de ordin cognitiv, emoțional și comportamental care apar în eforturile pe care oamenii le fac pentru a înțelege ce anume îi perturbă și nu le permite să reducă disfuncțiile lor. Terapia rațional-emotivă dovedește că identificarea acestor obstacole poate să conducă la schimbarea și eliminarea unora dintre sentimentele și comportamentele de autosabotare. Vom examina și noi o serie de iraționalități specifice care, adesea, blochează efor-

turile noastre de autoperfecţionare. Pentru a le înţelege mai bine, să vedem mai întîi în ce constă procesul de achiziţionare şi menţinere a perturbării *emoţionale*, verigă de bază şi declanşatoare în lanţul de autoperturbări.

Ipotezele de bază ale terapiei raţional-emotive sînt foarte simple şi constituie ABC-ul acesteia. Cele trei litere sînt iniţialele conceptelor: Activităţi; Păreri; Credinţe (*Beliefs*); Consecinţe. Conform acestor ipoteze, oamenii sînt născuţi şi crescuţi cu dorinţa de a rămîne în viaţă şi de a fi fericiţi şi aceasta îi determină să răspundă în mod corespunzător la diverse situaţii, stimuli sau activităţi, obiective generale sau particulare şi valori. Astfel, ei doresc să aibă succes în şcoală, muncă şi relaţii, să fie aprobaţi şi iubiţi de persoanele semnificative pentru ei şi să obţină confort fizic şi securitate. Din păcate, în calea realizării acestor dorinţe se interpun diverse obstacole, confruntîndu-i cu diverse evenimente activatoare, la care ei tind să răspundă în două moduri fundamental diferite. Primul din aceste moduri constă în apariţia unor păreri (Beliefs) raţionale cu privire la A şi aceste credinţe şi atitudini aproape totdeauna iau forma unor dorinţe sau preferinţe, ca de exemplu: „nu-mi place să eşuez şi să fiu respins de către alţii. Doresc ca viaţa mea să fie mai sigură şi mai confortabilă. Dacă mi se pun beţe în roate, eşuez, sînt respins şi mă simt neconfortabil în punctul A, acest lucru este foarte neplăcut, dar nu înseamnă nicidecum sfîrşitul lumii; prin urmare, eu voi putea să-mi conduc mai departe viaţa într-un mod convenabil. Aşadar, să mă întorc la activităţile mele şi să văd ce pot să fac pentru a-mi îmbunătăţi situaţia".

Cînd oamenii au o astfel de reacţie, caracterizată prin raţionalitate şi orientare pozitivă, activă, constructivă, de depăşire a dificultăţilor, ei încearcă, atunci cînd obiectivele lor sînt blocate, sentimente adecvate de regret, nemulţumire, iritare şi frustrare. Aceste sentimente negative adecvate îi ajută să lupte cu viaţa şi să realizeze mai multe dintre obiectivele pe care le doresc şi să evite lucrurile pe care nu le

doresc. Terapia raţional-emotivă consideră că dacă ei reacţionează *doar* în acest mod raţional, practic, niciodată nu ar dobîndi sau nu ar rămîne cu sentimente inadecvate de anxietate, depresie, autocompătimire sau ostilitate şi, exceptînd cazul psihozelor şi al leziunilor organice, nu ar ajunge la fobii, comportamente compulsive, alcoolism sau consum de droguri, acte de indisciplină, nehotărîre sau alte forme de comportament psihopatologic. Cînd blocarea activităţilor este urmată (în punctul B) de păreri raţionale, de sentimente adecvate, atunci în punctul C apar Consecinţe (cognitive, emoţionale şi comportamentale) cu efecte de autoajutorare, dezvoltare şi adaptare.

Lanţul de reacţii expus pînă aici a fost cel normal. Cînd însă oamenii se autoperturbă, blocarea activităţilor lor, prin diversele obstacole care apar în punctul A, este urmată în punctul B de adăugarea în locul credinţelor raţionale a unui set de credinţe iraţionale. Ele iau forma unor credinţe, necesităţi, dorinţe absolutiste, categorice, iraţionale. De exemplu: „Deoarece vreau să am succes şi să fiu acceptat de către ceilalţi, *trebuie cu orice preţ* să fac să fie aşa. Şi dacă, din nenorocire, am să eşuez şi am să fiu respins, aşa cum *nu trebuie* să se întîmple, va fi *groaznic. Nu pot să suport aşa ceva!* Înseamnă că sînt o persoană disperată, fără nici o valoare, care întotdeauna ratează obiectivele semnificative". Sau: „Deoarece doresc foarte mult să am confort şi securitate şi voi fi mult mai fericit cu ele decît fără ele, viaţa mea *trebuie* neapărat aranjată astfel încît să nu sufăr şi să nu fiu lipsit de nimic. Nici persoanele, nici condiţiile care blochează dorinţa mea puternică *nu trebuie* să existe deloc. Nu le suport! Viaţa mea va fi complet lipsită de sens şi bucurie dacă nu voi obţine exact ceea ce vreau şi sînt în stare să evit precis ceea ce nu vreau chiar acum". Potrivit teoriei terapiei raţional-emotive, atunci cînd oamenii menţin astfel de păreri absolutiste, prin care „comandă" evenimentelor cum să evolueze, aproape întotdeauna se perturbă sub aspect emoţional şi îşi menţin această stare.

Să vedem care sînt procedeele cognitive, emoţionale şi comportamentale prin care oamenii „reuşesc" să se perturbe pe ei înşişi şi îşi menţin starea respectivă. Ele furnizează indicaţiile cu privire la modul în care putem să evităm autoperturbarea, să ne identificăm propriile deficienţe şi să ne debarasăm de ele. Vom urmări în continuare şase astfel de forme de autoperturbare: dorinţele puternice; escaladarea dorinţelor spre necesităţi; reacţiile exagerate la frustrările produse de mediu; nevoile şi perturbările secundare; escaladarea gîndirii iraţionale prin intermediul perturbării emoţionale; accentuarea perturbării prin întărire cognitivă şi comportamentală. În cursul prezentării lor vom face uneori referire la unele aspecte psihopatologice care pot să apară în cazul exagerării tendinţelor discutate. Le vom evoca doar pentru a indica *direcţia* spre care conduce perturbarea, ceea ce nu înseamnă că este necesar să se ajungă la fenomene patologice atît de ample.

a) Dorinţele puternice

În mod firesc, oamenii au o serie de dorinţe puternice, cum ar fi să aibă succes, să cîştige aprobarea, stima şi dragostea persoanelor importante, să aibă control asupra lor şi asupra situaţiilor în care se află, să nu aibă dureri, să fie în securitate şi confort, să trăiască „mulţi ani fericiţi".

La mulţi dintre ei se observă o accentuare a acestor dorinţe, importantă mai ales sub aspectul modificărilor de conţinut pe care la înregistrează. Ei doresc, mai mult sau mai puţin conştient, să aibă performanţe cu *totul excepţionale* în activitatea sau în relaţiile lor, să fie *practic perfecţi* în mai multe chestiuni importante, „să-i supună pe ceilalţi, să stăpînească universul şi să fie nemuritori" (idem, p. 367).

Dorinţele de acest tip conduc însă la sentimente, gînduri şi comportamente inadecvate, frustrante, tensionante, dezadaptative, la nemulţumire şi performanţe tot mai slabe care vor relua ciclul de autoperturbare. Pentru orice om este

important să-şi cunoască posibilităţile reale şi să-şi propună obiective permanent situate puţin peste realizările momentului. Să nu uităm că, aşa cum spune J.P. Sartre, „omul *nu este, ci devine*", iar aspiraţiile sale „îl atrag", îl ajută să devină ceea ce *încă nu este, dar ar putea să fie*. Acesta este rolul gîndirii pozitive, al abordării constructive şi optimiste, dar în acelaşi timp realiste a situaţiilor.

b) Escaladarea dorinţelor spre necesităţi

Există tendinţa, în mare măsură inconştientă – dar şi conştientă –, de a transforma dorinţele puternice în cerinţe indiscutabile, în necesităţi implacabile. „Doresc să fiu fericit, să am succes" etc. se transformă în „*trebuie* să fiu fericit", „*trebuie* să am *întotdeauna* succes, *indiferent de condiţii*". Ceea ce în realitate reprezintă o dorinţă a persoanei este perceput ca *o obligaţie* pentru sine („*trebuie* să fac astfel încît să...") şi pentru alţii (nu „aş dori ca ei să mă asculte", ci „ei sînt obligaţi să mă asculte").

Transformarea dorinţelor proprii în nevoi absolute, în obligaţii pentru sine şi pentru alţii nu conduce la transformarea universului. Absolutismul cerinţelor se loveşte de restricţiile impuse de posibilităţile lumii reale, ceea ce conduce la o permanentă nemulţumire şi frustrare.

c) Reacţiile exagerate la frustrările produse de mediu

Numeroase condiţii ale mediului, ca şi limitele propriilor capacităţi, împiedică satisfacerea atît a unora dintre dorinţele realiste, cît şi a cerinţelor absolutiste. Aceste obstacole ne fac să sesizăm conştient sau nu că lucrurile nu merg aşa cum dorim sau cum pretindem să meargă. Reacţia noastră în faţa acestei informaţii poate să fie de tip pozitiv: să încercăm să vedem cum putem depăşi dificultatea sau, dacă nu se poate, să ne adaptăm dorinţele la posibilităţi. Ea poate să fie însă şi de tip autoperturbator, disfuncţia manifestîndu-se pe plan cognitiv, emoţional şi comportamental.

În plan cognitiv, ea constă în reacţii obsesive, în ruminare neîncetată cu privire la frustrarea sau handicapul suferit. Gîndul nu este orientat spre căutarea soluţiei, ci spre „rumegarea" nesfîrşită a eşecului înregistrat. Evenimentul nu este considerat pur şi simplu defavorabil, nefericit, ci îngrozitor, teribil, oribil. Această evaluare catastrofică este asociată cu o generalizare nefondată cu privire la viitoarele acţiuni ale propriei persoane. Astfel, se poate prevedea că acestea vor conduce în continuare numai la eşec, că totul va merge prost, dezastruos. Persoana care a pornit într-o asemenea direcţie consideră că neîndeplinirea dorinţelor cu privire la sine, la alţii, la evenimente nu poate să fie suportată; ea nu va mai putea fi niciodată fericită, mai bine ar muri.

În plan emoţional, persoana în cauză se simte anxioasă, disperată, mîniată, este înclinată să-şi plîngă singură de milă. Deprimarea pe care o resimte îi susţine „gîndurile negre" şi îi reduce cu adevărat şansele în viitoarele acţiuni.

În plan comportamental, care, practic, îmbină aspectele cognitive şi emoţionale, reacţia exagerată la frustrare poate să ajungă pînă la acte de evitare a ariei de activităţi în care persoana a suferit eşecul, la manifestări fobice, la abordarea cu teamă a situaţiilor în care subiectul a eşuat, ceea ce conduce la creşterea probabilităţii unui nou eşec. În cazuri severe se poate întîlni un comportament dezorganizat, compulsiv, „alinarea" în alcool sau droguri, crize de nervi etc.

d) Nevoile şi perturbările secundare

Perturbarea secundară apare ca urmare a percepерii propriilor disfuncţii. Oamenii sînt capabili într-o bună măsură să sesizeze că nu reacţionează aşa cum trebuie la evenimentele lumii exterioare, că sînt tulburaţi de ele mai mult decît ar fi cazul. În asemenea situaţii, perceperea perturbării poate să devină ea însăşi o sursă de perturbare. Problemele nevrotice primare sînt generate în mod obişnuit de perturbarea eului şi perturbarea legată de disconfort. Primele se

referă la sentimente de ruşine, vinovăţie, inadecvare, lipsă de valoare; cele din urmă, la sentimentele generate de toleranţa scăzută la frustrare şi mînia împotriva lipsei de amabilitate şi nedreptăţii oamenilor şi a lumii. Perturbările secundare sînt determinate şi ele de aceleaşi cauze. Persoana pare a considera *obligatoriu* să nu fie afectată de disfuncţiile primare. În consecinţă, cel antrenat într-un astfel de proces este deprimat de conştientizarea acestei stări, se neliniştеşte cînd constată că „se întîmplă ceva" de vreme ce se simte tulburat sau dezvoltă sentimente de vinovăţie pentru faptul că s-a purtat atît de agresiv, sentimente care, la rîndul lor, îl deprimă, îl neliniştesc sau îl enervează şi mai tare. El insistă asupra faptului că *trebuie* să nu sufere de perturbările primare şi, ca urmare, creează o nouă perturbare pornind de la constatarea propriei anxietăţi şi a scăzutei toleranţe la frustrare.

Disfuncţiile secundare apărute ca urmare a perceperii disfuncţiilor primare se transformă ele însele într-o „spină iritativă" şi acest cerc vicios poate fi întrerupt prin terapie raţional-emotivă, care pune accentul pe o corectă înţelegere de către pacient a propriilor probleme şi a modului în care răspunde la ele.

e) Escaladarea gîndirii iraţionale prin intermediul perturbării emoţionale

Teoria terapiei raţional-emotive porneşte de la premisa că, datorită solicitărilor multiple, calmul şi luciditatea sînt greu de menţinut şi în condiţii normale. Cu atît mai dificilă devine aceasta atunci cînd persoana este perturbată emoţional, cînd are reacţii nevrotice, cînd perturbarea este atît primară, cît şi secundară. Într-o asemenea situaţie oamenii tind a gîndi tot mai iraţional (în problemele conflictului în care sînt angajaţi), tot mai absolutist, astfel că: a) nu mai reuşesc să-şi dea seama cît de perturbaţi sînt; b) escaladează propriile tulburări; c) se autoîmpiedică să abordeze în mod logic şi concret credinţele lor iraţionale, aşa cum de altfel ar fi înclinaţi să o facă şi cum terapeutul se străduieşte să-i înveţe.

Simţămintele aberante induse de credinţele, părerile iraţionale conduc la perturbări cognitive mai accentuate, la păreri tot mai depărtate de realitate, care intensifică simţămintele tulburătoare. „Ideile nerealiste şi ilogice creează sentimente negative care, la rîndul lor, perpetuează şi amplifică atitudinile nevrotice.

f) Întărirea cognitivă şi comportamentală a perturbării

Să luăm ca exemplu situaţia unui patinator care a suferit un accident la antrenament în timpul executării unui dublu axel şi, deşi este complet restabilit fizic, a rămas cu o teamă faţă de executarea exerciţiului respectiv. Reacţia fobică astfel apărută îl va face să evite exerciţiul cu pricina şi prin aceasta fobia să se fixeze, să se întărească tot mai mult. Cum se produce această autoîntreţinere? Aşa cum se arată în teoriile asupra învăţării sub aspect comportamental, întărirea apare de fiecare dată cînd este evitat exerciţiul, eventual întregul antrenament, deoarece sportivul se simte mai liniştit, mai puţin anxios, evitînd acţiunea care îi produce teamă. Este uşor de recunoscut aici mecanismul condiţionării instrumentale descris ceva mai înainte. Acordarea unei gratificaţii, respectiv oferirea unei recompense sau evitarea unei neplăceri, duce la fixarea acţiunii, a comportamentului respectiv, la fel cum în laborator şoriceii învaţă să evite o zonă care curentează. Dar la om comportamentul nu constituie un act reflex chiar atît de simplu, întrucît el este multiplu mediat cognitiv. Individul are anumite păreri în legătură cu situaţiile prin care trece, cu ceea ce şi de ce trbuie să facă sau să nu facă. În exemplul pe care îl discutăm, el poate să-şi spună ceva de genul următor: „Dacă încerc să execut exerciţiul şi ratez din nou? *Ar fi groaznic, nu aş mai putea suporta aşa ceva. Trebuie să evit să mi se întîmple din nou*".

Concluzia „sună" logic, trebuie să evite situaţia, exerciţiul, eventual antrenamentul sau chiar ramura sau activi-

tatea sportivă. Toate sporturile şi toate domeniile de activitate economico-socială, artistică sau militară sînt confruntate cu astfel de probleme. De exemplu, în aviaţia sportivă, militară, utilitară sau de transport, fenomenul demotivării faţă de zborul pe un anumit tip de aparat sau chiar faţă de activitatea de zbor, în general, apărut ca reacţie fobică, este cunoscut peste tot în lume încă de la începuturile aviaţiei. El poate să apară nu numai ca reacţie la un eveniment deosebit – oprirea, aprinderea sau explozia unui motor în timpul zborului, catapultarea sau căderea cu avionul, elicopterul etc. – suferit de cel care mai apoi dezvoltă o reacţie faţă de zbor, ci şi ca reacţie la un eveniment deosebit în care au fost implicaţi prietenii sau colegii. Amploarea şi persistenţa reacţiei obsesiv-fobice ţine, desigur, de dimensiunile evenimentului, accidentului pe care îl reflectă, dar depind, mai ales, şi de structura persoanei care dezvoltă această teamă. Se constată că nu rareori membrii echipajelor scăpate cu bine dintr-un eveniment deosebit doresc în continuare să zboare. La fel reacţionează şi mulţi dintre paraşutişti în urma unui accident, care, chiar dacă i-a ţinut cîteva luni în spital, nu le-a afectat în cele din urmă capacitatea de a face salturi. Ei sînt nerăbdători să se însănătoşească şi să-şi reia antrenamentul la sol şi salturile cu paraşuta. Toate acestea arată că un eveniment traumatic nu conduce automat la invalidarea psihică a individului şi că, aşa cum spune Albert Elis, în perturbarea cognitivă, emoţională şi comportamentală *modul în care reacţionează* persoana în situaţia respectivă prezintă o importanţă mai mare chiar decît evenimentele înseşi.

Reacţia obsesivo-fobică posttraumatică este posibilă şi în raport cu elementele mediului interpersonal, aceasta fiind legată de nevoia de acceptare, aprobare şi afecţiune din partea persoanelor semnificative.

Atunci cînd oamenii sînt furioşi, ei tind să vorbească şi să se gîndească tot mai mult la ceea ce i-a enervat şi fac aceasta într-un mod părtinitor şi deformat: „Ei *sînt* cu ade-

vărat nedrepți! Cum e posibil să se poarte așa cu un om ca mine?" Și, destul de repede, ajung să exagereze nedreptatea care li s-a făcut. „Sînt *extraordinar* de nedrepți! N-am văzut niciodată ceva *atît de revoltător*!" În acest mod, ei se ambalează și în același timp se conving tot mai mult că au dreptate, că lucrurile sînt „cu adevărat" așa cum le văd ei. Cu aceasta, calea spre o *reală* înțelegere a situației este blocată. Sentimentul de mînie este un argument convingător pentru individ, în sensul că el a avut dreptate, chiar dacă de fapt a fost vorba de un mod greșit în care a înțeles lucrurile.

Mai tîrziu, cînd individul se liniștește, vede adesea că enervarea sa a fost exagerată, mai ales cînd nedreptatea s-a dovedit minoră, iar ceilalți se scuză și explică motivul pentru care au procedat „așa". Autoperturbarea nu încetează însă o dată cu aceasta, pentru că pot să intervină procesele de perturbare secundară, generate de perceperea reacției inadecvate și recunoașterea firească a erorii. „Am greșit că m-am comportat așa" poate continua cu dezvoltări autoperturbatoare. „Trebuia să nu fiu așa de mînios și revendicativ! Cît de stupid sînt de vreme ce m-am enervat atît de tare! Nu am să fiu niciodată în stare să mă controlez cum trebuie și am să mă manifest întotdeauna într-un mod respingător!" Această depreciere a propriilor capacități conduce de fapt la o accentuare a tendințelor individului de a se enerva ușor, de a pierde controlul asupra propriilor afecte.

Atunci cînd astfel de procese de autoperturbare și reperturbare durează, oamenii ajung la concluzia, mai mult sau mai puțin conștientă, că nu sînt capabili să controleze aceste schimbări ale simțămintelor, că evoluția lor depinde exclusiv de evenimentele din mediu și nu de ei înșiși și deci nu are nici un rost să încerce să le îngrădească sau să le direcționeze. Ei consideră că eforturile în această direcție sînt inutile, pentru că „așa e firea lor, n-ai cum s-o schimbi" și se consideră absolviți de responsabilitatea unor afecte, sentimente etc., care nu pot să fie schimbate.

Şcoala terapiei raţional-emotive consideră că majoritatea oamenilor anxioşi, deprimaţi şi iritabili, ostili datorită părerilor pe care le au cu privire la uşurinţa cu care pot să fie tulburaţi şi la lipsa de sens a încercării de a se opune acestor fenomene, nici nu au încercat vreodată în mod serios să le controleze şi să rămînă neperturbaţi. Chiar şi atunci cînd se angajează într-un proces psihoterapeutic, ei încearcă doar „parţial" să gîndească, să simtă şi să se comporte într-un mod diferit. Apare un fel de disonanţă afectiv-cognitivă atunci cînd încearcă să se schimbe, ceea ce le creează o senzaţie de disconfort faţă de noile lor reacţii (sănătoase); datorită pragului lor scăzut de toleranţă la frustrare sînt înclinaţi să reacţioneze împotriva procesului terapeutic care îi conduce spre creşterea gradului de sănătate mintală şi au tendinţa de a reveni la vechile modalităţi dezadaptative de reacţie. Modul în care interpretează rezultatele terapiei are aceleaşi efecte de autosabotare. Elis menţionează trei astfel de modalităţi: 1) autoblamarea pentru a nu se fi schimbat suficient de repede şi de profund; 2) opinia că este prea greu efortul de automodelare şi că ar trebui să nu fie aşa de greu, astfel încît pare mai firesc drumul „înapoi" spre felul „natural" de a fi; 3) concluzia că nu este cu putinţă o schimbare mai mare decît cea care deja a fost obţinută, care fixează ca obiectiv o „sănătate emoţională moderată".

Am descris pînă aici procesul de apariţie şi menţinere a perturbării emoţionale, cognitive şi comportamentale. Pe canavaua acestui proces apar o serie de elemente cu rol de factori de augmentare a procesului. Cele mai importante şi mai frecvente sînt ignoranţa, neperceperea propriilor procese, rigiditatea, defensivitatea, absurditatea şi indiferenţa, precum şi orientarea spre schimbarea mai degrabă a situaţiei decît a propriei persoane. Le vom trece pe scurt în revistă pentru a le putea mai uşor identifica atunci cînd se manifestă.

a) Ignoranţa

Mulţi oameni care se autoperturbă îşi ignoră această deficienţă. Faptul că şi alţii sînt la fel îi sprijină în credinţa lor că felul în care sînt nu are nimic nesănătos. Confruntaţi cu situaţii în care pierd ceva la care ţin, ei consideră că este normal să fie puternic perturbaţi şi, ca urmare, lasă frîu liber tulburării care îi cuprinde, dacă nu chiar o amplifică în mod semiconştient. Problema autocontrolului le este necunoscută şi efectele acestei ignoranţe se resimt în frecvenţa şi amplitudinea perturbărilor emoţionale, cognitive şi comportamentale.

b) „Judecata afectivă"

Există situaţii în care oamenii sînt conştienţi de faptul că ei înşişi reprezintă propria sursă majoră de autoperturbare. Ei nu ignoră acest fapt, dar sînt incapabili să înţeleagă cum ar putea să nu se tulbure: „Ştiu că mă enervez singură spunîndu-mi că şi colegele de clasă ar trebui să ţină la mine, dar pentru că eu o doresc atît de mult, nu văd cum aş putea să nu am absolută nevoie de asta pentru a fi fericită".

c) Neperceperea propriilor procese

„Eu nu mi-am spus nimic înainte de a mă simţi penibil pentru că execut cele mai proaste aruncări la coş din toată echipa. M-am simţit pur şi simplu aşa." Sau: „Sînt de acord că mi-am spus în sinea mea: «trebuie să execut cele mai bune aruncări la coş din toată echipa», dar nu văd ce are asta a face cu sentimentul de ruşine pe care-l resimt pentru că am cele mai slabe rezultate din echipă". Persoana care gîndeşte în acest fel nu vede legătura dintre tulburarea emoţională resimţită şi modul în care abordează situaţia. Cea de-a doua propoziţie reprezintă totuşi un pas înainte, prin faptul că este conştientizată una din premisele cu care persoana intră în situaţie – dorinţa unei performanţe deosebite, dar insuficient fundamentată pe nivelul real de pregătire, nu numai sportivă, dar şi psihologică. Nu este însă percepută legătura dintre

această dorinţă intensă şi rezultatul slab obţinut, deşi se ştie de multă vreme că starea de *supramotivare* conduce la deteriorarea performanţelor şi, ca urmare, la tensiuni psihice excesive. Neperceperea propriilor procese blochează drumul individului spre controlul asupra lor, spre eliminarea autoperturbării.

d) Rigiditatea

Unii oameni se cramponează de pretenţii, cerinţe, „nevoi" iraţionale, de „insuportabilitatea", de „grozăvia" evenimentelor, obstacolelor care li se opun. Ei persistă în a suprageneraliza, exagerînd implicaţiile negative ale evenimentelor, chiar şi atunci cînd înţeleg că aceste moduri de abordare a situaţiilor au efecte care îi defavorizează. Această rigiditate a gîndirii se poate întîlni nu numai la bolnavii psihic, ci şi la persoane fără asemenea deficienţe.

e) Defensivitatea

Una dintre problemele cele mai importante pe care le ridică psihoterapia – dacă nu chiar cea mai importantă – este cea a mecanismelor de apărare a eului. O literatură foarte bogată a fost consacrată acestei probleme, identificată încă de Sigmund Freud şi fiica sa, Ana. Confruntaţi cu propriile deficienţe şi greşeli, oamenii par mai degrabă orientaţi spre a şi le masca, nega sau justifica, decît spre a le recunoaşte şi încerca să le înlăture. Tendinţa de apărare a eului, a imaginii de sine este firească, dar ea reprezintă un obstacol foarte mare în calea eliminării deficienţelor şi greşelilor proprii. În bună măsură, elementele discutate pînă aici, ca şi cele ce urmează, sînt forme particulare prin care individul încearcă să-şi „acopere", să-şi mascheze deficienţele. Conştientizarea rolului mecanismelor defensive permite o înţelegere a ceea ce altfel poate să pară fără sens, o ordonare logică a fenomenelor înregistrate. Din această perspectivă este „normal", de exemplu, ca individul să nu „vadă" că de fapt el îi atacă pe cei pe care îi acuză

că îl atacă. „Orbirea" sa îl împiedică să intre în relaţiile bune cu ceilalţi, pe care cu adevărat le doreşte, aşa cum ar putea să facă dacă ar înţelege că în realitate el este agresorul. Dar ea îl protejează împotriva unei alte surse importante de neliniştе: recunoaşterea faptului că el nu se comportă „cum trebuie", că este o persoană agresivă care se manifestă într-un mod pe care el însuşi îl desconsideră. Individul îşi menţine astfel frumoasa imagine despre sine, respectul, consideraţia faţă de propria persoană, chiar dacă plăteşte aceasta cu permenentele conflicte care îi macină nervii, îl împiedică să lucreze, îi dau dureri de cap, de stomac, insomnii, hipertensiune şi un sentiment acut de nemulţumire.

f) Minimalizarea absurdă sau indiferenţa

Indiferenţa şi minimalizarea absurdă a unor disfuncţii serioase sînt considerate forme particulare de manifestare a mecanismelor de apărare. Atitudinea de bravadă se întîlneşte frecvent la unii subiecţi care intră, fără un motiv bine întemeiat, în tot felul de situaţii periculoase, care se pot solda cu accidente sau cînd se pune problema pregătirii pentru confruntarea cu un adversar redutabil. Aşa cum arată R.S. Lazarus, minimalizarea şi indiferenţa au unele efecte favorabile prin faptul că reduc tensiunea, anxietatea, crisparea în faţa acţiunii dificile, dar, în acelaşi timp, aduc mari daune prin faptul că inhibă eforturile de schimbare.

g) Orientarea spre schimbarea situaţiei mai degrabă decît spre schimbarea propriei persoane

Tendinţa de a acţiona mai degrabă pentru schimbarea situaţiei decît pentru schimbarea propriei persoane nu se întîlneşte numai la nevrotici. Ea este comună – şi nu mai puţin defavorizantă – şi oamenilor pe care îi putem considera normali sub aspect psihic. Aceasta poate fi înţeleasă şi ca un reflex al erorii fundamentale de atribuire, care subliniază că în timp ce „ceilalţi" văd în primul rînd responsabilitatea per-

soanei-ţintă, aceasta supraevaluează forţa determinantă a evenimentelor din context. Pe lîngă aspectele de ordin perceptiv (referitoare la faptul că personajul se vede mai puţin pe sine şi mai mult evenimentele care îl înconjură), trebuie să luăm în considerare şi rolul de protecţie psihică, de apărare a imaginii despe sine pe care îl are perceperea extrapunitivă a cauzelor. Dacă mediul este cel care trebuie să fie schimbat, înseamnă că răul se află în exterior, acolo există nişte deficienţe, nu în persoană, şi aceasta îşi poate menţine starea de automulţumire.

Combaterea gîndurilor negative în terapia raţional-emotivă

Raymond Di Giuseppe (1991) este de părere că procesul de contraargumentare a gîndurilor iraţionale reprezintă nucleul psihoterapiei raţional-emotive.

Autorul propune un mod de contraargumentare pe patru niveluri, care să-l ajute pe psihoterapeut să-şi însuşească arta contraargumentării:

1) natura evidenţei (logică, empirică, euristică) a faptului că o idee este adevărată;
2) stilul retoric al contraargumentării: didactic, socratic, metaforic etc.;
3) nivelul de abstractizare al argumentării;
4) gradul de centralizare al credinţelor iraţionale ale clientului (credinţele iraţionale centrale şi derivate).

Iniţial, Elis (1958, 1962) prezintă binę cunoscutul său model ABC.

De la prima şedinţă i se explică pacientului (clientului) că un eveniment nefericit activator (As) contribuie, dar nu produce perturbarea psihică (conduita de eşec, simptomele nevrotice) care se manifestă la nivelul C, producînd consecinţe emoţionale şi comportamentale. De fapt, persoanele

se perturbă pe ele însele datorită opiniilor şi credinţelor iraţionale (iBs) cu privire la evenimentul activator As.

Terapeutul arată pacientului diferenţa uriaşă dintre credinţele raţionale (rBs), prin intermediul cărora subiectul îşi exprimă dorinţa ca situaţia, evenimentul activator (As) să se modifice, şi credinţele iraţionale (iBs), care reprezintă cerinţe absolutiste şi absurde, conform cărora evenimentul activator (As) trebuie, cu orice preţ şi în orice condiţii să fie ameliorat.

Chiar de la primele şedinţe i se demonstrează clientului cum să lupte prin intermediul contraargumentării (D = dispute) împotriva convingerilor iraţionale şi prin această metodă să ajungă la o nouă filozofie de viaţă eficientă (E), filozofie care va conduce la apariţia unor sentimente eficiente de autoajutorare şi la instalarea unor comportamente sănătoase, cu caracter adaptativ.

Wessler şi Wessler (1980) au extins varianta originală. În modelul lor B constă din două elemente: *inferenţe* (afirmaţii, predicţii şi concluzii cu privire la lume) şi *evaluări* (semnificaţiile pe care oamenii le atribuie evenimentelor vieţii).

Di Giuseppe (1986) arată că ideile iraţionale nu conduc la perturbări emoţionale într-un mod liniar, ci într-un mod ipotetico-deductiv. Astfel, inferenţele sau gîndurile automate ale unei persoane se limitează la cele care corespund schemei subiectului cu privire la lume şi viaţă.

Kuhn (1970) arată că oamenii realizează doar acele inferenţe pe care sînt pregătiţi să le realizeze conform cu modelul lor intern.

Procesul de contraargumentare are ca obiect provocarea clientului în ceea ce priveşte adevărul convingerilor sale şi reconstruirea unor noi credinţe. Oamenii nu pot fi opriţi să-şi elaboreze propriile lor teorii cu privire la lume, la ceilalţi şi la propria persoană. Aceste scheme, teorii şi paradigme ghidează subiectul să se adapteze adecvat condiţiilor de mediu, dar pot contribui şi la o adaptare necorespunzătoare, cu consecinţe psihopatologice.

Di Giuseppe denumeşte contraargumentarea adresată combaterii gîndurilor negative automate sau inferenţelor clientului *contraargumentare inferenţială*, în timp ce contraargumentarea îndreptată împotriva credinţelor iraţionale şi schemelor prin intermediul cărora clientul priveşte lumea şi viaţa *contraargumentare filozofică*.

Strategia contraargumentării plasează pe umerii clientului dovedirea faptului dacă gîndirea sa este corectă sau nu.

Combaterea gîndurilor iraţionale constă în a convinge clientul că oamenii au motive să creadă ceea ce cred. Toţi oamenii se bazează pe o epistemologie personală pentru a-şi susţine convingerile. În momentul în care terapeutul îi cere clientului să aducă dovezi în legătură cu credinţele sale, aceştia conştientizează epistemologia lor personală, implicită.

Autorul a constatat din practică faptul că unii clienţi dispun de o epistemologie implicită, care îi face să colaboreze cu dificultate în procesul contraargumentării gîndurilor iraţionale, deoarece epistemologia RET are la bază principiile gîndirii ştiinţifice.

Iată cîteva exemple de epistemologii personale:

1) *Epistemologia autoritară*. Unii clienţi consideră că înţelepciunea provine dintr-o sursă superioară, de natură spirituală sau socială (un membru al familiei, o instituţie religioasă sau socială sînt considerate un fel de oracole).

2) *Epistemologia narcisistă*. Unii oameni cred că lucrurile sînt adevărate numai pentru că ei consideră aşa (tot ce le trece prin cap trebuie să fie adevărat).

Acest mod de abordare a realităţii îşi are originea în faptul că respectivii oameni se cred atît de inteligenţi încît tot ceea ce cred ei este obligatoriu să fie adevărat.

3) *Epistemologia constructivistă*. Există şi persoane care consideră, la fel ca şi cercetătorii de orientare constructivistă, că toate punctele de vedere referitoare la realitate sînt valide în egală măsură şi că ei au dreptul să creadă un anumit

lucru chiar dacă terapeutul le demonstrează faptul că ceea ce cred ei este absurd.

În cazul în care clienţii la psihoterapie se situează pe vreuna din poziţiile epistemologice amintite, este indicat ca terapeutul să pună în discuţie la început validitatea poziţiei epistemologice respective şi abia apoi să treacă la restructurarea sistemului iraţional de credinţe al subiecţilor.

Gîndirea raţională se deosebeşte de alte moduri de gîndire mai ales prin caracterul său logic, ceea ce nu este valabil în cazul gîndurilor iraţionale, absurde.

Terapeutul trebuie să demonstreze clientului faptul că modul său de a gîndi nu are o bază logică, argumentînd faptul că ideile iraţionale sînt rezultatul modului său deformat de gîndire. El va căuta să accentueze modul lipsit de logică al diferitelor aspecte ale sistemului de credinţe al pacientului.

Astfel, de pildă, în cazul unui client care se culpabilizează pentru că nu şi-a atins anumite obiective, i se poate adresa întrebarea dacă el ar condamna o altă persoană care nu şi-a atins aceleaşi obiective. De regulă, majoritatea clienţilor vor răspunde negativ la această întrebare, caz în care terapeutul va continua astfel: „atunci este logic să condamni o persoană care nu a realizat un anumit lucru şi să nu o condamni pe alta?". În felul acesta sînt puse în evidenţă erorile de logică ale clientului.

Verificarea în practică (validarea empirică) a gîndurilor iraţionale

Unul din criteriile conform căruia se pot aprecia gîndurile raţionale constă în concordanţa lor cu realitatea obiectivă. Dacă ceea ce crede clientul este adevărat, acest lucru se verifică în practică.

Astfel, de pildă, să presupunem că un client este supărat pentru că el consideră că soţia trebuie să-l iubească, iar

aceasta nu-l mai iubeşte. Supărarea subiectului este generată de gîndul iraţional „ea trebuie să mă iubească".

Terapeutul trebuie să-l ajute pe client să verifice credinţa respectivă, trecînd în revistă modul în care s-a comportat soţia şi, în cazul în care nu se vor identifica tipuri de comportament care să pună în evidenţă dragostea, credinţa iraţională este infirmată, pentru că oricît am dori un anumit lucru, realitatea nu se modifică în acord cu dorinţele noastre.

Validarea empirică se potriveşte şi în cazul clienţilor care nutresc credinţa iraţională că nu vor putea suporta un eveniment activator stresant. Acestora li se demonstrează faptul că, în ciuda credinţelor lor, ei au făcut faţă de nenumărate ori evenimentelor stresante.

De asemenea, tendinţa unor subiecţi de a „catastrofiza" unele evenimente poate fi combătută prin sublinierea faptului că un eveniment activator extern nu duce în proporţie de 100% la producerea unei catastrofe. Gîndurile iraţionale cu conţinut autodevalorizator pot fi combătute subliniindu-se faptul că ideea că cineva este total lipsit de valoare nu are logică, pentru că orice om face anumite lucruri bine şi este important măcar pentru unele persoane, chiar dacă importanţa respectivă are la bază alte criterii decît ale subiectului în cauză.

O altă caracteristică a gîndurilor raţionale constă în aceea că ele trebuie să-l ajute pe subiect să-şi atingă scopurile.

Oamenii de ştiinţă îşi validează teoriile mai ales prin valoarea lor euristică şi funcţională.

Terapeutul specializat în RET trebuie să-l interogheze pe client cu privire la faptul că ideile şi credinţele lui îl ajută să rezolve vreo problemă de viaţă sau să atingă un obiectiv dezirabil. Această tehnică poartă denumirea de „argumentare euristică". Mai precis, clienţii sînt solicitaţi să evolueze consecinţele menţinerii credinţelor lor iraţionale:

„Ce stări emoţionale declanşează acestea?"

„Ce produc emoţiile respective?

„Dacă acele trăiri afective le provoacă suferinţe şi tulburări, de ce doresc ei să le menţină?"

„Care sînt comportamentele care urmează, de regulă, gîndurilor iraţionale?"

„Au respectivele comportamente consecinţe pozitive sau negative?"

„Îi ajută acestea pe pacienţi să-şi atingă obiectivele pe termen lung?"

Di Giuseppe (1991) este de părere că argumentarea de tip euristic este una dintre tehnicile cele mai eficiente din cadrul terapiei raţional-emotive pentru că beneficiază de cele mai multe întăriri produse de situaţiile reale.

Construirea unui sistem raţional de gîndire

Demonstrarea caracterului iraţional al unor credinţe nu este suficientă pentru a le elimina, pentru că adesea oamenii sînt convinşi de caracterul lipsit de logică al credinţelor respective, dar nu dispun de un sistem alternativ de gîndire care să-l poată înlocui pe cel disfuncţional.

Istoria ştiinţei a dovedit în nenumărate cazuri faptul că oamenii nu renunţă la ideile lor, în ciuda evidenţei iraţionalităţii acestora, pînă cînd nu au alte idei înlocuitoare.

Există multe forme de psihoterapie care se bazează pe principiul conştientizării (Prochaska şi Di Clemente, 1984), care postulează faptul că în momentul în care clienţii (pacienţii) devin conştienţi de problemele lor sau de motivul care îi determină să acţioneze într-un anumit mod, potenţialul latent de autoactualizare se va activa şi oamenii vor începe să gîndească şi să acţioneze într-un mod mai adaptativ.

Astfel, psihanaliştii sînt de părere că subiectul care a conştientizat conflicte produse în copilăria timpurie va scăpa de tulburările sale nevrotice. Terapia centrată pe client a lui

Rogers postulează faptul că dacă terapeutul îl va accepta în mod necondiţionat pe clientul său, acesta va conştientiza constrîngerile interioare care îl împiedică să devină o persoană autoactualizată şi această conştientizare va declanşa, la rîndul său, procesul de activare a disponibilităţilor sale psihice latente, fapt ce conduce la însănătoşirea şi la evoluţia individului.

Terapeuţii specializaţi în terapie raţional-emotivă (RET) consideră, aşa cum am mai subliniat, că simplul „insight" (iluminare) cu privire la natura problemelor subiectului nu este suficient pentru a se realiza schimbarea.

Pentru a obţine o restructurare reală în plan comportamental este necesară restructurarea cognitivă, care presupune înlocuirea sistemului de credinţe iraţionale cu un sistem mai raţional.

Wein, Nelson şi Odem (1975) au realizat un experiment pe două grupuri de subiecţi aflate în terapie. Subiecţilor din primul grup li s-au explicat doar motivele pentru care sistemul lor de gîndire este iraţional, în timp ce subiecţii din cel de-al doilea grup au învăţat cum să gîndească mai raţional. Indicatorii eficienţei procesului psihoterapeutic au evidenţiat progrese semnificativ mai mari la cel de-al doilea grup.

Observaţiile clinice au arătat că în cardul demersului psihoterapeutic de combatere a gîndurilor negative este foarte importantă şi maniera de argumentare.

Di Giuseppe (1991) a identificat patru stiluri diferite de contraargumentare în scopul combaterii gîndurilor şi credinţelor iraţionale, generatoare de simptome psihopatologice şi de comportamente dezadaptative:

1) Stilul didactic

Demonstrînd clienţilor săi modul în care funcţionează terapia raţional-emotivă, Elis (1989) utiliza adesea stilul didactic, bazat pe explicaţii directe legate de fundamentele teo-

retice ale sistemului său terapeutic, de particularităţile evenimentului activator extern al gîndurilor iraţionale, al emoţiilor şi comportamentelor generate de respectivele gînduri, precum şi de mecanismele formării gîndurilor raţionale alternative.

2) Stilul socratic

Acest stil îşi are originea în dialoguri care reflectă modul de gîndire a marelui filozof grec din antichitate. Stilul socratic se bazează pe ideea că modul cel mai eficient de a învăţa pe cineva un anumit lucru constă în a-i adresa persoanei respective o serie de întrebări cu caracter directiv, în scopul de a obţine informaţii de la aceasta. Acest stil reprezintă un fel de învăţare prin descoperire.

Terapetul care utilizează acest stil va adresa clienţilor tot felul de întrebări care să-i conducă la descoperirea faptului că nu există temeiuri raţionale pentru ideile lor.

Iată cîteva exemple de astfel de întrebări:

„De unde rezultă faptul că soţia ta trebuie să te iubească pentru că tu doreşti foarte mult acest lucru?"

„Există vreo dovadă a faptului că soţia ta pune în acţiune un comportament care arată că te iubeşte atunci cînd tu îi spui că *trebuie* să realizeze acest lucru?"

Stilul didactic este util pentru toţi clienţii în fazele iniţiale ale psihoterapiei sau atunci cînd se abordează o problemă nouă, dar utilizarea în exclusivitate a acestui stil nu ajută în suficientă măsură clientul să practice individual contraargumentarea gîndurilor negative iraţionale.

Din acest motiv, în fazele mai avansate ale psihoterapiei este indicată îmbinarea celor două stiluri de a lupta contra gîndurilor iraţionale.

Există însă şi unii clienţi, caracterizaţi printr-o inteligenţă mai limitată, un nivel scăzut al abilităţilor creative sau care sînt excesiv de perturbaţi emoţional, care nu reacţionează pozitiv la stilul „socratic" de abordare, stil care îi inhibă. În astfel de situaţii terapeutul trebuie să abandoneze acest

mod de abordare după 5-10 minute de încercare nereuşită şi să revină la stilul didactic, bazat pe explicaţii.

3) Argumentarea metaforică

Metaforele şi parabolele sînt considerate strategii eficiente în cadrul psihoterapiei raţional-emotive. Majoritatea lucrărilor consacrate utilizării metaforelor în psihoterapie îşi au originea în studiile lui Milton Erickson. Ceea ce este însă specific utilizării metaforelor în terapia ericksoniană este faptul că sensul metaforic nu este explicat subiectului, considerîndu-se că acesta îl va surprinde la nivel inconştient.

Di Giuseppe şi Muran (1990) nu sînt de acord cu acest mod de abordare şi propun un demers în două etape. Într-o primă etapă terapeutul trebuie să precizeze în mod clar ideea pe care doreşte să i-o comunice clientului. Apoi acesta va explora demersurile pe care le cunoaşte mai bine subiectul (religie, artă, literatură, film, sport etc.). Următorul pas pentru terapeut constă în a identifica în cadrul domeniului ales o situaţie similară ca structură cu ceea ce doreşte să comunice subiectului, situaţie care va avea funcţia de metaforă terapeutică. Pentru că nu este de la sine înţeles că subiectul va sesiza analogia, terapeutul va trebui să exploreze prin metode didactice sau socratice modul în care subiectul a înţeles sensul mesajului metaforic. În continuare, subiectul este interogat în legătură cu modul în care ar putea utiliza metafora în lupta contra gîndurilor negative şi apoi este instruit să-şi reamintească metafora ori de cîte ori se simte perturbat emoţional, metafora urmînd să-i amintească de procesul de combatere a credinţelor iraţionale.

4) Argumentarea care utilizează umorul

Un alt mod de luptă împotriva gîndurilor iraţionale disfuncţionale se bazează pe umor. Încă în 1985 Elis considera utilizarea umorului ca pe o strategie deosebit de eficientă în cadrul terapiei raţional-emotive.

Pentru a utiliza eficient umorul ca instrument psihoterapeutic, trebuie respectată următoarea regulă: „niciodată nu trebuie să rîdem de client, ci doar de comportamentele sau gîndurile sale".

Gîndurile iraţionale pot fi structurate la niveluri diferite de generalizare. Astfel, de pildă, în cazul în care Mihai este supărat pentru că soţia sa nu se comportă aşa cum ar dori el să se comporte acesta poate declanşa gînduri iraţionale de tipul:

1) „ea *trebuie* să pregătească masa atunci cînd eu i-o cer";
2) „ea *trebuie* să facă lucrurile aşa cum doresc eu să le facă";
3) „membrii familiei mele *trebuie* să facă totul aşa cum doresc eu";
4) „toţi oamenii trebuie să facă ceea ce doresc eu";
5) „lumea trebuie să fie aşa cum doresc eu".

Aceste credinţe iraţionale se caracterizează prin grade diferite de generalitate şi abstratizare. În cazul în care subiectul nutreşte primul gînd iraţional, puţine evenimente activatoare vor produce tulburări emoţionale. Pe măsură însă ce gîndurile iraţionale capătă un caracter tot mai general, ele devin tot mai perturbatoare pentru că este în creştere şi numărul de situaţii care îl pot perturba pe subiect. Această regulă este valabilă şi pentru gîndurile alternative. Astfel cu cît acestea au un grad mai mare de generalitate, cu atît se vor potrivi la un număr mai mare de situaţii şi-l vor ajuta pe subiect să evite să se lase perturbat.

În timpul psihoterapiei clienţii pot să fie mai înclinaţi să identifice variantele concrete ale gîndurilor iraţionale. Astfel, dacă îl întrebăm pe Mihai „la ce te-ai gîndit ultima oară cînd te-ai supărat pe soţia ta?", acesta va da probabil un răspuns concret. Credinţa iraţională concretă este mai uşor identificată de subiect şi acesta este mai înclinat să o modifice.

În cazul în care terapeutul şi-a format o ipoteză cu privire la stilul de gîndire iraţională utilizat de subiect se poate trece la identificarea unor gînduri mai abstracte, asupra cărora se va centra procesul terapeutic, dînd astfel posibilitatea acestuia să aplice cele învăţate în cursul terapiei la un număr cît mai mare de situaţii.

Cu toate acestea, centrarea excesivă pe gîndurile negative cu aspect foarte general împiedică un client să înveţe să aplice o regulă la un caz particular.

Soluţia la această problemă constă în schimbarea atitudinilor, realizîndu-se o comunicare cu subiectul atît la nivel particular, cît şi la nivel general, în sensul că terapeutul trebuie să se mişte în timpul terapiei de la un nivel de abstractizare la altul.

Iniţial, Elis (1958-1962) a identificat 11 credinţe iraţionale care se întîlnesc mai frecvent la majoritatea oamenilor, credinţe pe care Walace şi colaboratorii săi (1980) le-au grupat în 5 categorii:

– solicitări nerealiste;
– afirmaţii de tipul „trebuie" cu orice preţ;
– afirmaţii legate de valoarea personală;
– tendinţa de a „catastrofiza" evenimentele şi situaţiile;
– credinţe care reflectă o toleranţă scăzută la frustraţie.

Ulterior, Campbell (1985) şi Burgess (1990) s-au oprit doar la patru grupe de credinţe iraţionale:

– solicitări nerealiste;
– credinţe legate de valoarea personală;
– tendinţa de „catastrofizare";
– credinţe legate de toleranţa scăzută la frustraţie.

Autorii menţionaţi mai sus sînt de părere că respectivele gînduri şi credinţe iraţionale sînt legate de trei importante motive ale fiinţei umane: nevoia de aprobare, nevoia de realizare şi nevoia de confort.

Prezentăm în cele ce urmează un model de combatere a credinţelor iraţionale, model adaptat după Di Giusseppe (1991).

Să luăm drept exemplu tot afirmaţia iraţională a lui Mihai: „Soţia mea *trebuie* să-mi pregătească masa atunci cînd eu doresc acest lucru".

Contraargumentarea după modelul „socratic" se va baza pe următoarele contraargumente (dovezi) împotriva credinţelor absurde:

– *Logic*: Mihai – de unde rezultă că doar pentru că tu doreşti ca soţia ta să pregătească masa la un moment dat sau pentru că ţie ţi-ar conveni mai mult acest lucru ea ar trebui să se comporte aşa cum doreşti tu?"

– *Empiric*: „Se pare că tu i-ai spus soţiei cînd doreşti să-ţi pregătească masa şi continui să crezi că ea trebuie să facă acest lucru, dar avem vreo dovadă că ea a făcut sau face ceea ce i-ai cerut tu?"

– *Euristic*: „În ce măsură căsnicia ta, viaţa de familie sau viaţa ta în genral au beneficiat de pe urma faptului că tu *crezi* că soţia ta ar *trebui* să gătească atunci cînd doreşti tu acest lucru?".

– *Construirea unei noi convingeri mai raţionale*:

„Mihai, dacă eşti de acord că soţia ta nu trebuie neapărat să-ţi gătească atunci cînd tu doreşti acest lucru, ce alt gînd ai pune în loc?"

În cazul în care clientul nu este capabil să găsească o soluţie în urma acestor întrebări adresate în stilul socratic, terapeutul trebuie să revină la stilul didactic de argumentare şi abia ulterior să revină din nou la stilul socratic pentru a vedea în ce măsură clientul său a izbutit şi a înţeles să-şi însuşească modalitatea de a lupta împotriva gîndurilor negative.

Pe măsură ce demersul psihoterapeutic progresează, terapeutul va generaliza modalităţile de combatere prin contraargumentare şi la alte sectoare ale vieţii pentru că din anamneză a rezultat faptul că Mihai are şi alte credinţe şi solicitări iraţionale faţă de soţia sa.

O strategie eficientă de luptă contra gîndurilor iraţionale constă în a obţine generalizarea erorii de a adresa soli-

citări nerealiste, a acţiona asupra modalităţii „trebuie neapărat" şi a o combate pe aceasta la toate nivelurile de generalitate, coborîndu-se apoi din nou la analizarea unor exemple concrete:

1) Contraargumentare didactică, abstractă, logică:

„Mihai, nu există nici o lege care să postuleze faptul că soţia ta trebuie să facă ceea ce doreşti tu să facă";

2) Contraargumentare didactică, abstractă, empirică:

„Tu te necăjeşti adesea pentru că soţia ta nu face ceea ce doreşti tu ca ea să facă. Acest lucru dovedeşte faptul că ea nu se comportă în modul în care doreşti tu doar pentru că decretezi sau soliciţi acest lucru".

3) Contraargumentare didactică, abstractă, euristică:

„Din cele ce mi-ai povestit rezultă faptul că atitudinea ta, caracterizată prin a adresa solicitări nerealiste soţiei, a condus la o serie de consecinţe negative pentru tine:

– te simţi deprimat şi iritat atunci cînd soţia nu se comportă aşa cum doreşti;

– te comporţi necorespunzător faţă de ea, fapt ce a condus la înrăutăţirea relaţiilor dintre voi;

– copiilor le este teamă să rămînă cu tine pentru că se aşteaptă să faci scandal;

– ai pierdut foarte multe aspecte agreabile care ţineau de viaţa ta de familie.

4) Construirea didactică şi abstractă a unei credinţe raţionale alternative:

„Poate ai putea gîndi altfel: aş dori ca soţia mea să facă totdeauna ceea ce doresc eu, dar nu există nici o lege în universul acesta care să postuleze faptul că ea trebuie să se comporte aşa cum doresc eu şi nici măcar nu doreşte să facă acest lucru. Ea este o persoană independentă şi are propriile sale dorinţe".

O dată ce terapeutul a ajuns în acest punct, el trebuie să revină la modul socratic de contraargumentare pentru a vedea în ce măsură clientului îi este clar ce are de făcut. În cazul în

care subiectul şi-a însuşit modalitatea didactică de luptă împotriva gîndurilor negative, lipsite de logică, se poate trece la verificarea celor învăţate în plan mai concret:

„Bine, se pare că ai înţeles că nici lumea, nici soţia ta nu trebuie să fie aşa cum doreşti tu să fie. Să vedem acum dacă eşti capabil să aplici acest nou mod de gîndire la o altă persoană. Ai spus că te supără atunci cînd soţia vorbeşte la telefon cu prietenii ei, să vedem ce credinţă iraţională se află în spatele nemulţumirii tale...".

Se procedează, în continuare, şi la contraargumentarea altor convingeri absolutiste („trebuie neapărat").

Clientul în cauză are două astfel de convingeri: una legată de faptul că el nu poate suporta ca lucrurile să nu se desfăşoare aşa cum doreşte el (convingere ce evidenţiază o rezistenţă scăzută la frustraţie) şi cealaltă se referă la tendinţa de autodevalorizare („nu sînt un bărbat adevărat şi nu am valoare dacă nu-mi pot conduce soţia").

În practică terapeutul nu trebuie să se cantoneze rigid de secvenţa de contraargumentare prezentată mai sus, el putînd utiliza metodele învăţate aşa cum doreşte, în funcţie de specificul fiecărui caz în parte.

Metodele şi tehinicile terapiei raţional-emotive se pot combina în mod eficient şi cu relaxarea, hipnoza, jocul de rol, precum şi cu cele ale terapiei cognitiv-comportamentale, în cadrul unui demers eclectic.

Flexibilitatea psihoterapiei raţional-emotive (RET). Formarea alianţelor şi compromisurilor

Alianţa terapeutică

Bordin (1979) consideră că alianţa terapeutică se referă la complexul de legături (ataşamente şi înţelegere mutuală) formate în timpul psihoterapiei.

Autorul consideră că alianţa terapeutică implică:

a) legături: conexiuni interpersonale între client şi terapeut;

b) obiective: comune atît pacientului, cît şi terapeutului;

c) sarcini: activităţi comune ale terapeutului împreună cu clientul, desfăşurate în vederea îndeplinirii obiectivelor.

Bordin (1979) arată şi faptul că psihoterapia este eficientă în următoarele situaţii:

1) cînd relaţia dintre cei doi este apropiată;

2) cînd cei doi cad de acord asupra obiectivelor terapiei;

3) cînd înţeleg sarcinile terapeutice proprii şi pe ale celorlalţi şi sînt de acord să ducă la îndeplinire aceste sarcini în vederea atingerii scopurilor terapeutice ale clientului.

Un psihoterapeut flexibil trebuie să conştientizeze faptul că unii pacienţi preferă un tip de alianţă terapeutică (de pildă, formală), iar alţii alt tip (o relaţie mai caldă, mai apropiată), venind în întîmpinarea expectaţiilor clienţilor, măcar la începutul terapiei.

Psihoterapuţii specializaţi în RET au un stil terapeutic activ şi directiv, stil ce rezultă din principiile terapiei raţional-emotive. Practica a demonstrat însă că acest stil nu dă rezultate bune la clienţii prea pasivi, unde nu face decît să accentueze pasivitatea.

Bentler (1983) argumentează faptul că orice abordare terapeutică poate fi privită ca un proces de persuasiune. Acest fapt este cu atît mai evident în RET, unde terapeutul încearcă să-l determine pe client să-şi reevalueze şi să-şi modifice gîndurile iraţionale. Din acest motiv, practicienii RET trebuie să fie atenţi cînd lucrează cu subiecţi ce au un spirit exagerat de independenţă, pentru care un astfel de stil este perceput ca ameninţător. Referitor la obiectivul terapeutic, este firesc ca între terapeut şi pacient să existe un acord în ceea ce priveşte acest obiectiv. Dificultăţile pot să apară atunci cînd terapeutul acceptă necritic definirea iniţială pe care clientul o dă

problemei sale, definire care este „biasată" de perturbarea psihologică sau de internalizarea unor norme şi valori provenind de la persoane semnificative.

Pentru a se evita astfel de probleme, terapeutul trebuie să păstreze un canal de comunicare permanent deschis cu pacientul şi să realizeze ceea ce Dryden şi Hunt (1985) numesc negocierea şi renegocierea diverselor aspecte ale psihoterapiei.

O dată ce clientul şi terapeutul au ajuns la un acord mutual în ceea ce priveşte înţelegerea problemelor clientului, terapeutul va discuta împreună cu clientul o varietate de tehnici care pot fi utilizate pentru atingerea obiectivelor terapeutice. Mai precis, terapeutul şi clientul trebuie să rezolve împreună o serie de sarcini.

RET este eficientă în rezolvarea sarcinilor atunci cînd sînt îndeplinite următoarele condiţii (Dryden, 1989):

1. Clienţii înţeleg în ce constau sarcinile pe care le au de îndeplinit.

2. Clienţii înţeleg în ce mod executarea sarcinilor îi ajută să-şi atingă obiectivele.

3. Clienţii sînt capabili să execute respectivele sarcini şi sînt convinşi de faptul că au această capacitate.

4. Clienţii înţeleg faptul că schimbarea comportamentului vine după repetarea de un număr suficient de mare de ori a sarcinilor.

5. Clienţii înţeleg în ce constă sarcina terapeutului, văd legătura dintre aceasta şi propriile lor sarcini şi obiective.

6. Terapeuţii îi pregătesc suficient pe clienţi pentru a înţelege şi executa respectivele sarcini.

7. Terapuţii stăpînesc bine tehnica RET.

8. Terapeuţii aplică acele strategii care sînt congruente cu stilul de învăţare al clientului. (Unii învaţă mai repede din practică, alţii citind texte etc.).

9. Clientul participă activ la alegerea strategiei adecvate, terapeutul propunîndu-i mai multe strategii posibile.

10. Terapeutul îşi plasează intervenţiile în mod oportun şi alege acele strategii care se dovedesc eficiente în cazul respectiv.

Realizarea unor compromisuri în aplicarea RET (Dryden, 1989)

Deşi terapia raţional-emotivă urmăreşte o modificare filozofică de profunzime a clientului, în sensul înlocuirii stilului iraţional de gîndire cu unul raţional, acest lucru nu este totdeauna posibil. În astfel de cazuri, terapeuţii trebuie să realizeze o serie de compromisuri pentru a-i ajuta pe clienţi să-şi rezolve problemele, aplicînd strategii care nu vizează modificări ale concepţiei filozofice a clienţilor.

a) Modificări „inferenţiale"

Se produc atunci cînd clienţii nu-şi modifică convingerile iraţionale profunde, dar reuşesc să corecteze unele raţionamente distorsionate, cum ar fi, de pildă, predicţiile negative, interpretarea negativă a unor evenimente sau a comportamentului celorlalţi.

Astfel, de pildă, o pacientă între două vîrste era cuprinsă de furie ori de cîte ori tatăl ei vîrstnic îi telefona şi o întreba: „Bună, ce mai faci?" Ea interpreta acest lucru ca pe o „intervenţie brutală în viaţa ei particulară, insistînd în mod absolutist asupra faptului că tatăl nu avea dreptul să facă asta.

Terapeutul a încercat să contraargumenteze, luptînd împotriva convingerii ei dogmatice şi explicînd faptul că nici o lege din lume nu-i poate interzice tatălui să se amestece în viaţa copiilor lui. Toate încercările de acest tip au eşuat. Atunci, terapeutul a schimbat tactica, ajutînd-o pe clientă să se întrebe dacă tatăl se amestecă cu adevărat în viaţa ei. Terapeutul a făcut afirmaţia că, ţinînd seama de vîrsta lui, e mai probabil că întrebarea respectivă reprezintă modul lui stereotip de a se adresa la telefon decît intenţia de a se amesteca în viaţa fiicei sale. Această încercare s-a dovedit eficientă, furia

pacientei reducîndu-se pentru că ea a interpretat altfel motivaţia tatălui ei.

b) Modificări comportamentale

Acestea apar atunci cînd clientul nu-şi schimbă convingerile negative, dar obţine modificări favorabile în sfera comportamentului, înlocuind un comportament disfuncţional cu unul constructiv.

Astfel, de pildă, Silvia, studentă în anul I, s-a prezentat la psihoterapie pentru anxietate puternică în legătură cu examenele. Era convinsă că va cădea la examene şi că atunci va fi „sfîrşitul lumii". Orice încercare de a-i combate convingerile absolutiste a eşuat. Atunci terapeutul s-a îndreptat spre studierea modului cum învăţa clienta sa şi a observat că ea avea un stil defectuos de învăţare (stăruia mult asupra primelor subiecte şi nu reuşea să termine toată materia). În acest caz, terapeutul a făcut cu ea exerciţii de învăţare eficientă şi rezultatele au fost excelente, deşi fata păstra în continuare convingerile ei absurde.

c) Modificarea evenimentului activator (As) atunci cînd este posibil

Astfel, un tînăr care suferea de depresie a fost ajutat să se debaraseze de aceasta schimbînd serviciul. El era deprimat pentru că nutrea următoarea convingere iraţională: „trebuie să-mi placă serviciul pentru a fi fericit".

Orice încercare de combatere cu ajutorul unor argumente a acestei convingeri a eşuat. În acest caz, terapeutul a realizat o evaluare a intereselor vocaţionale ale clientului, din care a rezultat că pacientul s-ar simţi mai fericit ca avocat decît ca jurist-consult.

Ellis, părintele psihoterapiei raţional-emotive (RET), consideră că gradarea sarcinilor terapeutice reprezintă un act antiterapeutic, pentru că nu face decît să întărească anxietatea pacientului. Din acest motiv, Ellis utiliza metoda unei expu-

neri totale şi brutale la stimulul anxiogen (exemplu: să urce de 100 de ori cu liftul la etajul X), considerînd că în felul acesta clientul va depăşi anxietatea de disconfort şi îi va creşte toleranţa la frustraţie.

Cu toate acestea, practica clinică a arătat că un număr mare de clienţi nu acceptă metoda expunerii totale în timpul sarcinilor pentru acasă.

În cazul în care terapeutul încearcă să-i determine totuşi pe pacienţi să practice programul de expunere totală, el poate comite două greşeli terapeutice:

a) periclitarea alianţei terapeutice;

b) terapeuţii „pisălogi" nu reprezintă modele de urmat pentru clienţi, pentru că se comportă exact invers decît spun principiile terapiei raţional-emotive: ei cred că clientul *trebuie* cu orice preţ să fie eficient şi să îndeplinească ceea ce i se cere.

Cum trebuie procedat în astfel de cazuri?

Atunci cînd clientul refuză sarcini care să solicite expunere totală, trebuie să i se explice problema compromisului terapeutic, clientul fiind apoi invitat să-şi aleagă o sarcină suficient de dură pentru a se evita întărirea concepţiei sale greşite că are rezistenţă scăzută la frustraţie, dar care să nu-i depăşească posibilităţile. Cînd i se dă clientului ocazia să-şi gradeze singur sarcinile, alianţa terapeutică se întăreşte.

Deşi uneori trebuie utilizate, soluţiile de compromis terapeutic prezintă şi unele dezavantaje:

1. Clienţii care au reuşit să modifice inferenţele (raţionamentele) negative, se pot întîlni în viaţă cu evenimente care le confirmă raţionamentele. Pentru că nu şi-au schimbat sistemul iraţional de credinţe, ei vor fi perturbaţi de astfel de evenimente. Astrel, de pildă, pacienta menţionată poate constata că, într-adevăr, tatăl vrea să se amestece în treburile ei.

2. Clienţii care modifică doar comportamentul, nu şi convingerile, pot fi confruntaţi cu evenimente care să le activeze convingerile iraţionale (exemplu: Silviei i se poate întîmpla să piardă un examen).

3. Clienţii care preferă să modifice evenimentul activator (situaţia) pot, la rîndul lor, să întîlnească evenimente care le pot activa convingerile iraţionale (exemplu: interesul tînărului pentru avocatură poate să scadă).

4. Clienţii care aleg metoda desensibilizării prin stimul provocativ, dar care să nu le depăşească posibilităţile, pot deveni vulnerabili în situaţii care îi depăşesc.

Un model de educaţie şi consiliere bazat pe principiile psihoterapiei raţional-emotive (REGIME)

În cele ce urmează vom prezenta modelul de consiliere bazat pe principiile psihoterapiei raţional-emotive propus de Dawson în 1991.

Modelul, format din 6 etape şi denumit „Regime", pune accent pe dimensiunile afectivă, cognitivă şi comportamentală ale subiectului.

Modelul cuprinde următoarele etape:

R: Relaţia terapeutică;

E: Responsabilitatea emoţională;

G: Stabilirea de scopuri;

I: Intervenţia care este îndreptată spre realizarea scopurilor;

M: Monitorizarea temelor pentru acasă;

E: Evaluarea schimbării şi terminarea terapiei.

Etapa 1: Stabilirea relaţiei terapeutice între client şi terapeut

Această relaţie se caracterizează prin aceea că terapeutul ascultă cu atenţie, transmite feedback-uri şi vorbeşte despre emoţiile clientului fără să-l ajute pe acesta să-şi clarifice problemele emoţionale şi practice şi să-şi construiască relaţia sa cu terapeutul.

Terapeutul trebuie să manifeste o atitudine pozitivă necondiţionată, rămînînd în sistemul de referinţă al clientului.

Modalitatea de adresare trebuie să fie aceasta:

„Te simţi (se trec în revistă diverse reacţii emoţionale) atunci cînd (se prezintă situaţii sau evenimente)", fără ca terapeutul să realizeze o participare emoţională reală la problemele clientului, ci doar să reflecte gîndurile acestuia.

Etapa se încheie cînd terapeutul înţelege exact, clarifică şi transmite clientului feedback-uri cu privire la perturbarea sa comportamentală şi emoţională.

În această etapă, terapeutul trebuie să evalueze clientul în acord cu următoarele dimensiuni:

- comportament;
- afectivitate;
- senzaţii (sensibilitate);
- imaginaţie;
- cogniţie;
- relaţii interpersonale;
- regim alimentar;
- medicamente / droguri / alcool;
- stil de viaţă.

După ce a obţinut informaţiile din domeniile menţionate, terapeutul prezintă clientului un rezumat al celor investigate. Acest lucru îl impresionează pe client, fapt ce are drept consecinţă o mai bună colaborare a acestuia.

Etapa 2. Responsabilitatea emoţională

Terapeutul îl ajută pe pacient să-şi recunoască contribuţia personală în ceea ce priveşte reactivitatea emoţională la propria persoană, la ceilalţi şi la împrejurările de viaţă.

Terapeutul realizează acest lucru învăţîndu-l pe client care este relaţia dintre As (evenimentul activator), Bs (gîndurile iraţionale) şi Cs (consecinţele emoţionale şi comportamentale).

Pentru a realiza acest lucru, autorul propune tehnica completării de fraze, după modelul:

„Cînd se întîmplă aceasta, tu simţi ..... (emoţii, senzaţii), pentru că ..... (se evidenţiază legătura cognitivă cauzală dintre As şi Cs).

Exemplu: Cînd te pregăteai să ţii discursul, te-ai simţit anxios, încordat, transpirat, pentru că .....

În cazul în care clientul răspunde repetînd împrejurările în care a avut loc evenimentul („pentru că trebuia să mă ridic în picioare şi să vorbesc"), terapeutul reia întrebarea: „Cînd te-ai ridicat în picioare pentru a vorbi, te-ai simţit anxios, transpirat, încordat *pentru că* .....".

Se pot adresa şi întrebări de genul următor:

„Crezi că alţi oameni în situaţia ta s-ar simţi şi mai anxioşi, deprimaţi, vinovaţi etc.? Care ar fi motivul care i-ar face să se simtă astfel?"

O dată gîndurile negative identificate, terapeutul spune: „Aha! te-ai simţit aşa pentru că ai *gîndit* că .....

Terapeutul este sigur că clientul şi-a asumat responsabilitatea emoţională a reacţiilor sale atunci cînd, întrebat fiind „de ce ai fost atît de supărat, anxios, deprimat etc?", clientul va răspunde: „pentru că am gîndit că .....".

Etapa 3. Stabilirea obiectivelor (scopurilor). Strategii de intervenţie

Deşi psihoterapia raţional-emotivă RET este cunoscută mai ales pentru utilizarea tehnicii contraargumentării îndreptate în direcţia combaterii gîndurilor iraţionale, un terapeut competent trebuie să apeleze şi la alte strategii comportamentale, emoţionale şi cognitive de modificare a comportamentului.

Aceste tehnici pot fi împrumutate şi din cadrul altor sisteme de psihoterapie. Astfel, de pildă, gîndurile raţionale care sînt puse în locul celor iraţionale pot deveni sugestii posthipnotice.

Trebuie subliniat faptul că există unii clienţi care resping tehnica contraargumentării, mai ales atunci cînd sînt încă inundaţi de modul lor negativ şi iraţional de a gîndi. Pentru astfel de clienţi este indicată utilizarea tehnicii dialogului socratic, aşa cum am mai subliniat, prin adresarea de întrebări; acest gen de dialog este menit să direcţioneze atenţia interlocutorului asupra iraţionalităţii propriei gîndiri. Caracteristicile acestui gen de dialog constau din aceea că cel care întreabă cunoaşte dinainte răspunsul şi printr-o serie de întrebări îl aduce pe interlocutor în mod inexorabil spre unul din răspunsurile prestabilite.

O altă variantă interesantă este „strategia lui Colombo", strategie în care terapeutul joacă rolul unei persoane zăpăcite şi nesigure atunci cînd se confruntă cu un comportament iraţional din partea clientului său.

Exemplu: „Spui că doreşti să-ţi îmbunătăţeşti performanţele la birou, dar în acelaşi timp nu-ţi place să învîrteşti hîrtii. Poţi să-mi explici asta mai clar?"

Abordarea socratică în RET îl face pe client să descopere singur diferenţa dintre a dori şi a solicita cu orice preţ. O tehnică socratică de a conduce pe client să-şi dea seama de solicitările sale absolutiste se numeşte „validarea dorinţelor". Tehnica constă în a testa şi apoi în a susţine dorinţele clientului, ca şi cum acestea ar fi rezonabile (logice), şi apoi dezbaterea expectaţiilor clienţilor atunci cînd ei „au obţinut" ceea ce în „mod raţional" au dorit. Se realizează în cele din urmă o reducere la absurd.

Astfel, de pildă, o clientă se temea că îşi va pierde partenerul gelos şi intolerant.

Iată un model de dialog (după Dawson, 1991):

T: Mary, de ce doreşti să fii într-o relaţie apropiată şi intimă cu cineva?

C: Pentru că . . . dacă voi fi singură, nu voi putea rezista.

T: Mary, se pare că motivele pentru care tu dorești să fii într-o relație apropiată cu cineva sînt importante și rezonabile.

C: Cred că da.

T: Este un motiv suficient de important pentru ca tu să insiști să obții ceea ce vrei?

C: Nu înțeleg ce vreți să spuneți.

T: Simți că ai nevoie de o astfel de relație?

C: Da.

T: Deci, simți că ai nevoie de o astfel de relație și că trebuie să o ai pentru că este un lucru rațional pe care îl dorește oricine, nu-i așa?

C: Presupun că da.

T: Ți se pare corect?

C: Da.

T: Mary, am auzit, dar nu sînt sigur că am înțeles. Crezi că poți să mă ajuți să înțeleg mai bine?

C: Dacă voi putea.

T: Bine! Cred că vrei să spui că dacă cineva dorește ceva și acel lucru este important pentru ea, este rezonbabil și corect ca acea dorință să se realizeze în mod obligatoriu. Adică vreau devine trebuie.

C: Cum adică vreau devine trebuie?

T: A, scuză-mă! Asta înseamnă că dorința devine nevoie, necesitate absolută.

C: Da, cred că am înțeles.

T: Dacă ai înțeles ce înseamnă „vreau-trebuie", ce ar însemna pentru tine vreau-posibil?

C: Ce?

T: Deci, care e diferența dintre „vreau-trebuie" și „vreau-posibil"?

C: „Vreau-posibil" se referă la ceva ce îți dorești, dar poți supraviețui și fără acel lucru, pe cînd vreau-trebuie se referă la ceva ce îți dorești și pe care trebuie în mod obligatoriu să îl ai, e o nevoie imperioasă.

T: Îmi pare bine că mă înţelegi, dar mai am o nelămurire. Poţi să mă ajuţi să o clarific?

C: Da.

T: Dorinţa ta de a avea o relaţie apropiată cu cineva face parte din categoria „vreau-trebuie" sau „vreau-posibil"?

C: O simt ca pe o necesitate!

T: Deci, e un „vreau-trebuie"?

C: Da.

T: Şi e un „vreau-trebuie" pentru că este un lucru foarte important pentru tine şi în acelaşi timp un lucru rezonabil?

C: Da.

T: Faptul că ceva este „foarte important" şi „raţional" reprezintă motive suficiente pentru a transforma o dorinţă într-o necesitate absolută?

C: Da, pentru mine sînt!

T: Mary, este important ca toţi adulţii care doresc şi sînt capabili să lucreze?

C: Da.

T: Dar toţi adulţii care caută serviciu, găsesc?

C: Nu, nu cred.

T: Atunci termenii „foarte important" şi „rezonabil" sînt motive suficiente pentru a garanta tuturor locuri de muncă?

C: Nu, nu sînt!

T: Nu crezi că oamenii care doresc să lucreze privesc acest lucru ca pe o dorinţă-necesitate („vreau-trebuie")?

C: Ba da.

T: Deci sentimentul că vreau este egal cu trebuie reprezintă un motiv suficient pentru a garanta că acel lucru se va întîmpla?

C: Nu, nu cred.

T: Se descurcă într-un fel oamenii care nu găsesc serviciul mult dorit?

C: Da, dar nu prea bine!

T: Dar se descurcă totuşi cumva!
C: Da, aşa cred.
T: Bine, dar ceva nu-mi pare clar. Dacă un „vreau-posibil" este ceva ce doreşti, dar fără de care te poţi descurca, chiar dacă uneori mai rău, înseamnă că serviciul nu este un „vreau-trebuie", ci un „vreau-posibil"?
C: Da!
T: Dar înainte ai fost de acord că majoritatea oamenilor consideră obţinerea unui loc de muncă ca pe un „vreau-trebuie".
C: Da.
T: Atunci te gîndeşti că a dori sau a simţi modifică realitatea?
C: Ce vreţi să spuneţi?
T: Să luăm, de pildă, un aşa-zis „vreau-posibil" şi să-i adăugăm tone de supărare şi îngrijorare şi să ne gîndim că devine un „vreau-trebuie". Va face îngrijorarea şi supărarea noastră ca un „vreau-posibil" să devină un „vreau-trebuie"?
C: Nu, bineînţeles.
T: Excelent! Hai să examinăm încă o dată dorinţa ta de a avea o relaţie apropiată cu cineva. Este un „vreau-trebuie" sau un „vreau-posibil"?
C: Este un „vreau-trebuie".
T: Poţi să te descurci dacă această dorinţă nu ţi-e satisfăcută?
C: Cred că da!
T: Atunci ce fel de dorinţă este?
C: Face parte din categoria „vreau-posibil".
T: Deci, ce este mai rău? Să nu fie satisfăcută o dorinţă din categoria „vreau-trebuie" sau „vreau-poate"?
C: Să nu fie satisfăcută cea din categoria „vreau-trebuie"!
T: Deci, cum ar trebui să procedezi cu dorinţele care nu îţi sînt satisfăcute pentru a te simţi mai puţin stresată?
C: Să hotărăsc ce dorinţe sînt necesităţi şi ce dorinţe sînt posibilităţi!
T: Şi apoi?

C: Să recunosc corect dorinţele-posibilităţi şi astfel voi fi mai puţin stresată dacă nu mi se îndeplinesc.

T: Şi cum vei proceda cu îngrijorările referitoare la dorinţele care nu ţi se îndeplinesc?

C: În acelaşi fel. Dacă mă îngrijorez pentru dorinţe-posibilităţi, voi fi mai puţin stresată decît dacă mă îngrijorez pentru dorinţe-necesităţi.

T: Ţi-ai făcut griji să nu pierzi relaţia apropiată cu partenerul tău?

C: Văd unde vreţi să ajungeţi. Această relaţie este o dorinţă-posibilitate. Eu am considerat că este o dorinţă-necesitate şi din cauza asta m-am necăjit mai mult decît trebuie.

T: Te-ai putea descurca şi fără această relaţie.

C: Ar fi îngrozitor, dar cred că da.

T: Ce înţelegi prin „îngrozitor": 100% rău? Ar putea fi neîmplinirea unei dorinţe-posibilităţi 100% rea?

C: Nu, ar fi rău, dar nu 100%.

T: Nu îngrozitor?

C: NU, nu îngrozitor!

T: Deci, dacă lucrul cel mai rău se întîmplă şi soţul te părăseşte pentru că nu suportă să ai şi alte relaţii în afara casei, te-ai putea descurca?

C: Da.

T: Ai fi capabilă să te descurci?

C: Da.

Se observă că RET are ca obiectiv identificarea şi înlocuirea gîndurilor iraţionale (iBs) cu gînduri mai raţionale (rBs), ca răspuns la evenimentul extern activator (As).

Etapa 5. Monitorizarea temelor pentru acasă

Temele pentru acasă au menirea să îl înveţe pe client să aplice cele învăţate în timpul şedinţei de psihoterapie. Acestea trebuie realizate conform unei ierarhii de dificultate şi urmăresc în principal creşterea rezistenţei la frustraţie a clientului.

Cînd se constată o reacţie de platou, clienţii pot fi ajutaţi în felul următor:

1. Li se explică faptul că faza de platou este o fază obligatorie în cazul oricărei evoluţii;

2. Ei trebuie convinşi că tendinţa lor de a progresa continuu este nerealistă şi poate avea un caracter destructiv;

3. Trebuie să li se explice că e bine să mai facă şi pauze, chiar atunci cînd îndeplinesc temele pentru acasă;

4. Trebuie să li se explice să nu aştepte perfecţiunea.

Etapa 6. Evaluarea şi terminarea terapiei

Criteriile de evaluare a eficienţei terapiei se apreciază după modificările în plan comportamental, cît şi după modificările cognitive autoraportate.

Se poate aprecia, de pildă, ca un progres cînd intensitatea trăririlor clientului se modifică de la perturbare la insatisfacţie, de la anxietate puternică la anxietate moderată, tolerabilă şi controlabilă, de la furie la comportament constructiv, de la culpabilitate la regret, de la depresie la tristeţe.

Lipsa de sincronizare între nivelurile cognitiv, afectiv şi comportamental reprezintă un indicator că psihoterapia nu trebuie încheiată.

Astfel, de pildă, dacă obiectivul unui client este să accepte comportamentul partenerului de viaţă şi el face acest lucru dar continuă să simtă depresie şi anxietate, este clar că ideile iraţionale referitoare la nivelul personal de rezistenţă la frustraţie şi autoacceptare persistă încă.

Cînd modificările în abordarea emoţională sînt congruente cu cele cognitive şi comportamentale, înseamnă că psihoterapia a dat rezultate şi trebuie încheiată.

Matricea de intervenţie psihoterapeutică
(după Dawson, 1991)

Nivelul de „insight“ (iluminare)	*Circumstanţe* (1) Identifică circumstanţele: „Atunci cînd...	*Sentimente/ Acţiuni* (2) Identifică sentimentele şi acţiunile asociate: „Tu simţi că...“ „Tu faci...“	*Gînduri* (3) Identifică gîndurile-cauză: „Pentru că ai gîndit aşa...“
Nivelul schimbării	(4) Presupune aceleaşi condiţii (circumstanţe)	(5) Identifică modul în care clientul ar dori să se simtă sau să acţioneze în aceleaşi condiţii. Stabileşte scopuri.	(6) Modifică gîndurile pentru a atinge acele scopuri şi apoi adresează întrebări deprinderilor deficitare pentru a modifica circumstanţele.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 3

Orientarea cognitiv-comportamentală în psihoterapie

Termenul de terapie cognitiv-comportamentală își are originile atît în domeniul psihologiei cognitive, care pune accent pe rolul ideilor asupra comportamentului, cît și în cel al psihologiei comportamentale, cu orientarea sa riguros centrată pe obținerea unor performanțe.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală, punînd un accent deosebit pe tehnicile de restructurare atitudinală, conține multe elemente comune cu psihoterapia rațional-emotivă, multe din metodele utilizate fiind foarte asemănătoare.

La ora actuală există o multitudine de demersuri cognitiv-comportamentaliste care au în comun mai ales două aspecte:

a) convingerea conform căreia procesele cognitive influențează atît motivația, cît și comportamentul;

b) utilizarea tehnicilor de modificare a comportamentului într-o manieră pragmatică.

În cursul ședințelor de psihoterapie, terapeutul și pacientul recurg la principiile învățării pentru a obține modificarea structurilor cognitive ale pacientului, evaluînd permanent efectele pe care le au aceste modificări în comportament și în stilul de gîndire.

Pentru exemplificare, prezentăm cîteva date în legătură cu psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii, aparţinînd lui Beck, 1978.

Principiul de bază al acestui demers psihoterapeutic constă în aceea că starea depresivă rezultă din modul lipsit de logică în care pacienţii gîndesc despre ei înşişi, despre lumea exterioară şi despre viitor. Aceste idei lipsite de logică au tendinţa de a se menţine chiar şi în contradicţie cu realitatea, deoarece indivizii se angajează în comportamente autoblocante şi autodestructive prin intermediul următoarelor mecanisme:

a) perceperea selectivă a lumii ca fiind ameninţătoare, ignorînd situaţiile contrarii;

b) mecanismul suprageneralizării, prin care o experienţă limitată este generalizată asupra tuturor sectoarelor vieţii şi activităţii (m-a respins o fată, înseamnă că nu sînt bun de nimic);

c) amplificarea semnificaţiei unor evenimente negative (am fost dat afară din serviciu – aceasta înseamnă sfîrşitul vieţii mele);

d) punerea în funcţiune a unor moduri de gîndire absolutistă de tipul „totul sau nimic" (de pildă, comentariul răutăcios al unei persoane este o dovadă a lipsei noastre de valoare).

În cursul psihoterapiei cognitiv-comportamentale a lui Beck, pacienţii nu sînt solicitaţi să-şi schimbe ideile, ca în cazul psihoterapiei raţional-emotive elaborate de Elis (1958, 1973, 1975), ci să culeagă informaţii despre propria persoană în urma unor experienţe directe, informaţii menite să infirme concepţiile lor greşite despre ei înşişi.

Terapeutul, împreună cu pacientul, identifică părerile, credinţele şi expectaţiile greşite ale acestuia din urmă şi le formulează sub forma unor ipoteze ce trebuie verificate. Se desemnează apoi modalităţile concrete de verificare a lor în viaţa cotidiană. Aceste experimente, menite să infirme opini-

ile eronate şi autoblocante, sînt astfel planificate încît să fie încununate de succes. Sarcinile sînt ierarhizate în funcţie de gradul de dificultate, astfel că sarcinile mai uşoare vor fi duse la bun sfîrşit înainte de abordarea unora mai dificile.

Adesea, pacientul şi terapeutul notează şi analizează activităţile cotidiene ale pacientului. Notarea activităţilor este deosebit de utilă pentru depresivi, pentru că reduce tendinţa la inactivitate a acestor pacienţi, cît şi tendinţa lor de a rumina gînduri în legătură cu ei înşişi. Un loc important îl ocupă notarea evenimentelor pozitive, pentru că mulţi depresivi şi-au pierdut capacitatea de a se bucura de ceea ce fac, de a obţine plăcere în urma propriilor activităţi.

Atît notarea evenimentelor pozitive, cît şi administrarea unor recompense tind să sporească gradul de satisfacţie şi buna dispoziţie a subiecţilor.

Pacienţii sînt încurajaţi, de asemenea, să descopere afirmaţiile implicite şi gîndurile automate care contribuie la formarea atitudinilor autodestructive. Ei sînt instruiţi să-şi monitorizeze conţinutul ideatic şi apoi să verifice permanent validitatea acestuia.

Keith, Salkovskis, Kirk şi Clark (1989) arată că abordarea cognitiv-comportamentală pune un accent deosebit pe formularea conceptelor în termeni operaţionali şi pe validarea empirică a rezultatelor tratamentului.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală se poate utiliza atît în psihoterapia individuală, cît şi în cea de grup. Adesea se recurge şi la indicatori obiectivi pentru a valida eficienţa demersului terapeutic.

Rezolvarea de probleme reprezintă o latură importantă a tratamentului. Toate aspectele psihoterapiei sînt descrise în mod explicit pacientului, acesta colaborînd cu terapeutul în planificarea unor strategii de rezolvare a problemelor care îl deranjează pe pacient. Psihoterapia este limitată în timp şi are obiective clar definite.

Pentru ca psihoterapia să reuşească este absolut necesară formularea precisă a obiectivelor – împreună cu pacientul –, pe baza unor informaţii detaliate în legătură cu factorii care contribuie la menţinerea problemei simptom.

Principiul de bază al terapiei cognitiv-comportamentale postulează că modurile în care individul se comportă sînt determinate de situaţiile imediate şi de felul în care subiectul le interpretează.

După Keith, Salkovskis, Kirk şi Clark (1989), obiectivele psihoterapiei cognitiv-comportamentale sînt următoarele:

Formularea problemelor

Primele şedinţe sînt dedicate formulării unei ipoteze preliminare asupra problemei pacientului şi elaborării unui plan terapeutic. Ipoteza este verificată în cursul şedinţelor viitoare sau prin sarcinile trasate pentru acasă şi, dacă este necesar, este modificată.

Deşi obiectivele terapiei sînt stabilite de la început, ele se pot schimba pe parcursul demersului psihoterapeutic.

Unii terapeuţi fac greşeala de a considera că dacă problema este stabilită (de exemplu, fobie de locuri înalte), linia de tratament este deja precizată (de pildă, tehnica expunerii progresive).

Dar clinicienii experimentaţi devin tot mai conştienţi de faptul că stabilirea cu precizie a diagnosticului dă indicaţii limitate asupra a ceea ce trebuie să reprezinte tratamentul, aceasta fiind utilă doar în etapele preliminare, ulterior impunîndu-se informaţii mai detaliate cu privire la:

- ce face persoana în mod deschis sau în mod implicit şi ar dori să nu mai facă;
- care sînt factorii precipitatori (situaţionali, mentali, emoţionali) pentru comportamentul problematic;
- în ce condiţii se manifestă problema;
- care sînt consecinţele comportamentului problematic;

- care sînt variabilele care conduc la menţinerea şi perturbarea comportamentului problemă;
- ce modificări ar putea fi aduse acestor condiţii pentru a obţine schimbarea comportamentului problemă.

Pacientul trebuie informat că psihoterapia cognitiv-comportamentală îl va ajuta „să se ajute singur", iar terapeutul îl va ajuta să achiziţioneze abilităţi prin care să rezolve nu numai problema prezentă, ci şi eventuale probleme similare ce pot să apară în viitor.

Terapeutul trebuie să accentueze rolul temelor pentru acasă, subliniind faptul că partea cea mai importantă a terapiei are loc în viaţa de zi cu zi, pacientul trebuind să pună în aplicare ce a învăţat în cursul şedinţei de psihoterapie.

Pacientul este solicitat să coopereze activ la procesul psihoterapiei prin furnizarea de informaţii pentru terapeut, prin transmiterea de informaţii inverse (feedback) asupra eficienţei tehnicilor aplicate şi prin intermediul unor sugestii date terapeutului cu privire la noile strategii ce ar trebui puse în funcţiune.

Pacientul este informat şi cu privire la structura tratamentului: număr de şedinţe, durata şedinţelor, locul de desfăşurare al acestora etc. De asemenea, pacientul este interogat cu privire la factorii de natură situaţională care influenţează comportamentul problemă, stările sale fiziologice, gîndurile cu privire la simptomele sale, factorii ce ţin de relaţiile interpersonale, cît şi despre comportamentul manifest.

Interviul preliminar are o însemnătate mare în cadrul demersului psihoterapeutic pentru că adesea pacientul se prezintă cu un amalgam nediferenţiat de probleme, iar terapeutul este cel care îl ajută să le ordoneze, astfel încît dificultăţile sînt reduse la dimensiuni rezonabile şi în felul acesta pacientul începe să creadă că schimbarea este posibilă.

De pildă, dacă un pacient se poate adresa terapeutului pentru o serie de probleme, cum ar fi dispoziţie proastă, stări de plîns, pierderea interesului şi bucuriei de viaţă, fatigabili-

tate, tulburări de somn, scăderea stimei de sine, lipsa speranţei pentru viitor etc., terapeutul îi explică faptul că este vorba de o unică problemă – depresia –, pentru care sînt modalităţi de terapie clar definite.

Poate apărea şi situaţia inversă, cînd pacientul crede în mod greşit că este vorba de o singură problemă, ca, de pildă, lipsa autocontrolului, cînd, de fapt, este vorba de mai multe probleme, cum ar fi mîncat compulsiv, abuz de alcool, dispoziţie proastă, datorii şi relaţii interpersonale proaste – toate acestea necesitînd o strategie separată de abordare.

Psihoterapeutul stabileşte scopuri rezonabile ale terapiei. De pildă, pentru un agorafobic este o utopie obiectivul că nu va mai trăi niciodată o stare afectivă negativă, în schimb faptul că poate merge singur în oraş, fără probleme, reprezintă un obiectiv rezonabil.

Terapeutul trebuie să manifeste o atitudine simpatetică faţă de pacient, fără a-l judeca sau moraliza şi acest lucru este important mai ales în cazul pacienţilor care sînt stînjeniţi, au sentimente de culpabilitate sau se simt fără speranţă.

O problemă importantă a interviului preliminar o reprezintă abordarea urgenţelor. De pildă, dacă pacientul are idei suicidare, acestea trebuie abordate în mod prioritar.

Funcţia principală a evaluării în cadrul acestui demers psihoterapeutic o reprezintă formularea şi acordul dintre pacient şi psihoterapeut cu privire la planul de tratament.

Modalităţile prin care se realizează evaluarea pacientului:

1. Interviu cu privire la comportamentul pacientului.
2. Automonitorizarea
3. Autoevaluarea prin intermediul:
   - chestionarelor;
   - scalelor de evaluare;
   - obţinerea unor informaţii de la alte persoane;
   - intervievarea unor persoane cu rol „cheie" în viaţa subiectului.

4. Observarea directă a comportamentului subiectului în situaţia clinică:

- jocuri de rol;
- teste comportamentale;
- analiza activităţii pacientului;
- înregistrări psihofiziologice.

Cînd se realizează evaluarea subiectului, este necesar să se ia în considerare patru categorii de răspunsuri: comportamentale, fiziologice, cognitive şi emoţionale. De pildă, un pacient poate să renunţe la comportamentul patologic, dar el poate continua să se simtă deprimat sau să aibă anumite manifestări fiziologice într-o situaţie anxiogenă.

Evaluările şi măsurarea modificărilor în cele patru domenii menţionate au o serie de avantaje:

- facilitează cunoaşterea precisă a frecvenţei şi intensităţii comportamentului problematic;
- îi permite terapeutului să realizeze modificări în ceea ce priveşte strategia terapeutică;
- evaluările au un rol psihoterapeutic prin ele însele pentru că oferă pacientului informaţii exacte cu privire la progresele obţinute.

Exemple de scale de autoevaluare (după Keith,Salkovskis, Kirk şi Clark, 1989):

I. Vă rog să notaţi cît de stresat vă simţiţi în momentul acesta, după următoarea scală:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nu mă simt deloc stresat					Mă simt moderat stresat				Sînt extrem de stresat; Mă simt cît se poate de stresat	

II. Vă rog notaţi cît de încordat v-aţi simţit în timpul zilei, utilizînd următoarea scală:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nu m-am simţit deloc încordat				Încordare moderată					M-am simţit foarte încordat	

Data	Dimineaţa	La prînz	Seara
29. Nov.	4	5	3
30. Nov.	2	5	4
1 Dec.	6	6	7
2 Dec.	5	4	2
3 Dec.	3	7	8

Fragment din jurnalul unei paciente cu agorafobie

Data	Locul unde s-a deplasat	Anxietate anticipată (Între 0-100)	Durată	Anxietate trăită (Între 0-100)
4 Nov.	Traversarea străzii	75	30 min.	40
5 Nov.	Deplasare la cumpărături (lîngă casă)	50	25 min.	30
6 Nov.	Deplasare la şcoala unde învaţă copilul (cu autobuzul)	75	2 ore	40
7 nov.	Deplasare la alimentara şi la şcoală	60	25 min.	35
8 Nov.	Deplasare la teatru, seara	80	o oră	20

Fragment din jurnalul unei paciente cu claustrofobie (care se teme să stea singură în casă)

Data	Timpul petrecut în singurătate (De la pînă la)	Anxietatea trăită inițial (0-100)	Anxietatea trăită o oră mai tîrziu (0-100)	Cum a făcut față situației
3 Oct.	10,20 - 10,45	85	15	Am telefonat mamei și am rugat-o să vină la mine
5 Oct.	10,00 - 10,15	70	10	Am vorbit la telefon cu vecina
12 Oct	10,00 - 10,30	60	5	Am pus în funcțiune casetofonul
21 Oct	14,10 - 14,40	60	10	Am încercat să citesc pentru a-mi abate atenția

În baza unor autoevaluări de acest gen, pacienții pot să observe în ce măsură au progresat sau care sînt perioadele în care starea psihică se înrăutățește (de pildă, la unele paciente în perioadele premenstruale anxietatea și irascibilitatea cresc).

În cadrul interviului preliminar, pacientul este invitat ca timp de 15-20 de minute să-și expună liber problemele, terapeutul făcîndu-l pe acesta să simtă atitudinea lui simpatetică și interesul față de problema-simptom. El trebuie să i se adreseze, după ce l-a ascultat cu atenție, astfel:

„Dacă am înțeles bine, problema ta este că încerci să faci prea mult pe plac celor din jur și pui interesele celorlalți deasupra propriilor tale interese și asta îi face pe ceilalți să profite de tine. Am dreptate?"

Pentru pacienţii care au dificultăţi în descrierea propriilor probleme, pot fi adresate întrebări ajutătoare, de tipul: „Poţi să-mi descrii ce s-a întîmplat ultima dată cînd te-ai simţit deprimat? Cînd s-a petrecut? Care a fost elementul care ţi-a sărit în ochi atunci?"; „În ce fel s-a schimbat viaţa ta de cînd a apărut problema? Ce anume te împiedică? La ce a trebuit să renunţi de cînd a apărut problema?".

Etapele interviului specific psihoterapiei cognitiv-comportamentale:

- ◆ Descrierea sumară a problemei
- ◆ Evoluţie:
  - factori precipitatori;
  - timpul cînd apare problema;
  - factori predispozanţi
- ◆ Descrierea problemei în termenii psihoterapiei comportamentale:
  - Aspecte:
    - ⇒ comportamentale — Ce anume?
    - ⇒ cognitive — Cînd?
    - ⇒ afective — Unde?
    - ⇒ fiziologice — Cît de des?
    - Cu cine?
    - Cît de perturbator?
- ◆ Variabile ce ţin de context:
  - situaţionale
  - comportamentale
  - cognitive
  - afective
  - interpersonale
  - fiziologice
- ◆ Factori ce contribuie la menţinerea simptomului:
  - situaţionali
  - comportamentali
  - cognitivi

- afectivi
- fiziologici

◆ Comportament de evitare
◆ Resurse adaptative de a face faţă situaţiei
◆ Istoria psihiatrică a pacientului:
  - ce tratament a urmat (medicaţia)
  - cum a reacţionat la acesta

◆ Opiniile şi credinţele sale cu privire la problema sa
◆ Implicare (dorinţa de a se vindeca)
◆ Dispoziţie afectivă
◆ Atitudini
◆ Aspecte psihosociale:
  - situaţie familială
  - aspecte psihosexuale
  - adaptare la mediu
  - ocupaţie
  - relaţii sociale
  - interese/hobby-uri

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 4

Psihoterapia cognitiv-comportamentală de grup

În cele ce urmează prezentăm cîteva date despre programul de terapie cognitiv-comportamentală în grup, ce poartă numele de „Program pentru formarea deprinderilor de a face faţă problemelor existenţei", care a fost elaborat în urma unor cercetări care s-au desfăşurat timp de 7 ani la Centrul Medical al Universităţii din Washington, cercetări realizate de Sank şi Shaffer în 1984.

Programul are o durată scurtă, costuri scăzute şi se adresează pacienţilor cu anxietate şi depresie moderate, pe care îi ajută să-şi însuşească unele deprinderi de autoajutorare.

Pentru desfăşurarea programului este necesară o încăpere liniştită şi confortabilă, cu scaune sau fotolii comode, aşezate în cerc, şi care presupune suficient spaţiu între participanţi, permiţînd, în acelaşi timp, contactul vizual între membrii grupului.

Grupul de psihoterapie trebuie să cuprindă între 8 şi 12 pacienţi cu anxietate uşoară şi depresie uşoară şi 6-8 pacienţi cu depresie moderată.

O şedinţă de psihoterapie durează între 75 şi 90 de minute pentru pacienţii cu probleme uşoare şi aproximativ două ore pentru cei cu probleme mai serioase.

Sank şi Carolyne Shaffer (1984) consideră că cele mai eficiente sînt grupurile care cuprind pacienţi şi unul sau doi psihoterapeuţi în formare. Aceştia din urmă reuşesc astfel să-şi însuşească mai uşor rolul de terapeut, identificîndu-se în acelaşi timp cu cel de pacient.

Programul de formare a deprinderilor de autoajutorare cuprinde patru module, care se referă la categorii de deprinderi, şi este învăţat de pacienţi în 15 şedinţe.

Modulele sînt următoarele:

1) Modulul de relaxare (şedinţele 1 şi 2).

Acest modul are ca obiectiv însuşirea deprinderilor de relaxare după metodele Benson (Tehnica răspunsurilor relaxate Benson – Benson Relaxation Response, BRR) şi Jacobson (Relaxare musculară progresivă – Deep Muscle Relaxation, DMR).

2) Modulul de restructurare cognitivă (şedinţele 3-6).

În cadrul acestui modul, terapeutul îi învaţă pe pacienţi modalităţi alternative de gîndire în vederea combaterii tulburărilor de dispoziţie (depresie, anxietate) şi a comportamentelor psihopatologice (fobii, abuz de substanţe etc.).

În timpul şedinţelor de psihoterapie se identifică modurile disfuncţionale de gîndire (elementele de gîndire negativă) şi apoi pacienţii sînt învăţaţi să modifice aceste gînduri negative, iraţionale şi automate, adresîndu-le provocări pe baza tehnicii contraargumentării, ajungîndu-se în final la înlocuirea lor cu gînduri mai raţionale, care nu mai produc depresie şi anxietate.

3) Modulul de dezvoltare a deprinderilor de comportament asertiv (şedinţele 8-11).

Antrenamentul asertiv are drept scop optimizarea relaţiilor interpersonale la pacienţii prea pasivi sau, dimpotrivă, prea agresivi.

4) Modulul de rezolvare de probleme (şedinţele 12-13).

Pacienţii sînt învăţaţi să conştientizeze şi să rezolve problemele care le produc tulburări emoţionale (depresie, anxietate) sau comportamentale (de pildă, abuz de alcool).

Prezentare de caz

Marina este o femeie căsătorită, în vîrstă de 36 de ani, care lucrează ca secretară la un minister. Problema ei constă în faptul că se consideră nedreptăţită la serviciu, munca ei nefiind apreciată la justa valoare. Marina este convinsă de faptul că şefa ei directă o persecută, dîndu-i mai mult de lucru şi recunoscîndu-i într-o mai mică măsură meritele.

Pacienta se plînge de faptul că se simte deprimată în fiecare zi, iar din cînd în cînd are izbucniri de mînie împotriva colegelor. Ea consideră că nu va avansa niciodată în serviciu, că va fi permanent marginalizată, atît în planul recompenselor morale, cît şi materiale.

În ultimul timp, Marina a început să simtă că nu mai poate face faţă stresului de la serviciu. La simptomele anterioare s-au mai adăugat şi altele: cefalee şi dureri de spate şi în zona cefei, dureri care se instalează cu puţin înainte de a pleca de la serviciu, precum şi fenomene de bruxism (scrîşnitul dinţilor în timpul nopţii).

Prezentăm în cele ce urmează planul de psihoterapie elaborat pentru această pacientă (după Sank şi Shaffer, 1984).

Pacienta a reacţionat favorabil la acest gen de psihoterapie, integrîndu-se foarte bine în grup şi realizînd cu multă conştiinciozitate temele pentru acasă.

Simptomatologia s-a remis fără tratament medicamentos, iar interviul realizat după 6 luni a indicat faptul că Marina se găsea în acelaşi loc de muncă, dar se simţea mai bine şi chiar a obţinut o mică avansare.

Interviul de evaluare clinică în psihoterapia cognitiv-comportamentală de grup

Interviul preliminar are menirea de a evidenţia problematica pacientului, precum şi de a orienta pacientul spre grupul care i se potriveşte mai bine.

Clientului i se explică faptul că grupul reprezintă o structură bine pusă la punct, al cărui obiectiv este de tip

PROBLEMA	TIPUL DE INTERVENŢIE	OBIECTIVUL TERAPEUTIC
Depresie	Restructurare cognitivă	Modificarea gîndurilor negative automate legate de faptul că ea nu va promova niciodată în muncă. Înlocuirea lor cu gînduri mai raţionale.
Izbucniri de furie	Restructurare cognitivă Antrenament asertiv	Modificarea gîndurilor negative automate. Abordarea directă a şefei în problema comportamentului discriminativ şi a lipsei de apreciere a muncii pacientei.
Stresul produs de locul de muncă	Relaxare Restructurare cognitivă Antrenament asertiv Rezolvare de probleme	Utilizarea exerciţiilor de relaxare Benson sau Jacobson atunci cînd se simte depăşită de evenimente. Modificarea gîndurilor negative automate în legătură cu modalitatea nedreaptă de repartizare a sarcinilor la serviciu. Discuţie cu şefa în legătură cu faptul că este supraîncărcată. Achiziţionarea unor strategii de căutare a unui nou loc de muncă.
Bruxism	Relaxare	Relaxare musculară progresivă după metoda Jacobson înainte de a adormi.
Cefalee; Dureri de ceafă şi spate	Relaxare	Relaxare musculară progresivă (Jacobson).

didactic, şi anume formarea unor deprinderi. Se precizează faptul că în grup vor avea loc expuneri didactice, evaluări şi că se vor da subiecţilor teme pentru acasă.

Interviul preliminar se realizează pe baza chestionarului de evaluare preliminară (adaptat după Sank şi Shaffer, 1983)

Datele generale:

Nume: Data:
Adresă: Telefon:
Vîrstă: Loc de muncă
Studii: Profesie: Funcţie
Cu cine locuieşte clientul:
Cine l-a trimis la psihoterapie:
Statut marital:

I. *Prezentarea problemei*:

A. Notaţi pe scurt natura problemei dumneavoastră:
B. Notaţi cum a evoluat problema în timp:
C. Notaţi cît de gravă este problema dv. Evaluaţi gravitatea pe o scală de la 1 la 10:

1 4-5 10
Mă supără uşor Mă copleşeşte Mă determină să devin un invalid

D. Aţi consultat vreun specialist pentru o problemă psihologică?
Nu Da Cînd? Unde? Pe cine?
E. Aţi consultat pe cineva pentru problema dv. actuală?
Nu Da Cînd? Unde? Pe cine?
F. Aţi fost spitalizat vreodată pentru o problemă psihologică?
Nu Da Cînd? Unde?
G. V-aţi gîndit vreodată în mod serios să vă luaţi viaţa?
Nu Da Cînd? Unde?
H. Aţi încercat vreodată să vă sinucideţi? Dacă da, cînd şi în ce fel?

I. Cînd aţi făcut ultima examinare medicală?

Notaţi problemele cele mai importante de sănătate pe care le aveţi.

Notaţi toate medicamentele pe care le-aţi luat şi pe care le luaţi în prezent.

J. Notaţi trei dintre fricile (fobiile) dv.:

1. .....
2. .....
3. .....

K. Notaţi hobby-urile, interesele şi activităţile preferate:

L. Cum vă petreceţi majoritatea timpului liber?

M. Vă faceţi cu uşurinţă prieteni? O dată ce v-aţi făcut prieteni, reuşiţi să-i păstraţi?

II. *Informaţii cu privire la cariera profesională*

A. Unde sînteţi angajat în prezent, pe ce funcţie?

B. Ce posturi aţi ocupat în trecut?

C. Aţi fost vreodată concediat?

Da Nu

Dacă da, descrieţi, pe scurt, în ce condiţii s-au petrecut evenimentele respective.

D. Sînteţi satisfăcut de situaţia dv. profesională prezentă?

Da Nu

Dacă nu, arătaţi în ce constă insatisfacţia.

E. Care este salariul dv. în prezent? Cheltuielile dv. depăşesc veniturile?

Da Nu

Dacă da, cît de mult?

F. Scopuri (obiective) de viaţă:

Care au fost obiectivele dv. în trecut?

Care sînt obiectivele dv. prezente?

G. Aţi satisfăcut (satisfaceţi) serviciul militar?

Da Nu

Dacă da, la ce armă?

Gradul?

Trecerea în rezervă? (cu sancţiune sau normală?)

H. Probleme cu legea.

Aţi fost trimis în judecată pentru alte delicte, cu excepţia încălcării regulilor de circulaţie?

Da Nu

Dacă da, prezentaţi detalii în legătură cu evenimentul respectiv.

Aţi fost condamnat la închisoare?

Da Nu

Dacă da, daţi detalii.

III. Istoria vieţii sexuale

A. Care a fost atitudinea părinţilor faţă de sexualitatea dv. şi care a fost nivelul instruirii realizate în acest domeniu?

B. Cînd şi în ce condiţii aţi aflat adevărul cu privire la viaţa sexuală?

C. Sînteţi satisfăcut de viaţa dv. sexuală prezentă?

Da Nu

Dacă nu, ce anume consideraţi că ar trebui îmbunătăţit?

D. (Pentru bărbaţi)

Aţi avut vreodată probleme cu erecţia?

Aveţi deseori astfel de probleme?

Aveţi tendinţa spre ejaculare precoce?

Vi se întîmplă să nu realizaţi deloc orgasmul?

Da Nu

Dacă da, explicaţi ce anume se întîmplă.

E. (Pentru femei)

De cele mai multe ori, ajungeţi greu sau deloc la starea de excitare?

Consideraţi actul sexual dureros?

Aveţi frecvent dificultăţi să ajungeţi la orgasm?

Aveţi probleme menstruale?

Perioadele corespunzătoare ciclului menstrual vă afectează dispoziţia?

Există ceva ce ar trebui să ştie terapeutul cu privire la prima experienţă sexuală sau la vreo experienţă sexuală anume?

Da Nu

Dacă da, explicaţi.

IV. Relaţiile interpersonale

A. Informaţii cu privire la viaţa maritală.

De cînd sînteţi căsătorit?

Cu cît timp înaintea căsătoriei v-aţi cunoscut soţul?

Precizaţi numele, vîrsta, pregătirea şi ocupaţia soţului/soţiei.

Caracterizaţi pe scurt personalitatea soţului/soţiei.

În ce domeniu simţiţi compatibilitatea cea mai mare cu soţul/soţia?

În ce domeniu sînteţi cel mai puţin compatibili?

Aveţi unele probleme cu socrii? Dacă da, descriteţi-le.

Aţi mai fost căsătorit înainte?

Da Nu

Dacă da, daţi unele detalii semnificative cu privire la perioada respectivă.

Aţi avut pierderi de sarcini sau avorturi?

Da Nu

Dacă da, precizaţi detaliile.

B. Alte relaţii

Sînteţi în prezent în legătură sentimentală cu vreo persoană?

Da Nu

Dacă da, de cînd?

Notaţi datele personale ale partenerului: nume, vîrstă, pregătire, ocupaţie.

Descrieţi pe scurt personalitatea partenerului dv.

În ce domenii sînteţi mai compatibili şi în ce domenii mai puţin compatibili.

C. Copiii

Cîţi copii aveţi?

Notaţi numele, vîrsta şi sexul fiecărui copil.

Are vreunul din copiii dv. probleme sociale?

Dacă da, explicaţi care sînt acestea.

D. Relaţii sociale

Descrieţi toate dificultăţile şi neajunsurile pe care le aveţi în stabilirea unor relaţii sociale.

Adăugaţi tot ce aveţi de spus cu privire la relaţiile interpersonale anterioare care vi s-au părut importante în înţelegerea problemelor curente.

V. Informaţii referitoare la părinţi

A. Tatăl

Este tatăl dvs. în viaţă?

Da Nu

Dacă este decedat, ce vîrstă aveaţi în momentul decesului tatălui?

Cauza decesului. La ce vîrstă a decedat?

Dacă tatăl este în viaţă, precizaţi: studiile, ocupaţia, starea sănătăţii.

Realizaţi o scurtă caracterizare a tatălui.

Descrieţi pe scurt relaţiile cu acesta în trecut şi în prezent.

B. Precizaţi aceleaşi date cu privire la mamă.

C. Fraţi / surori

Notaţi datele fraţilor şi surorilor (inclusiv a celor vitregi).

Precizaţi natura relaţiilor cu fiecare frate sau soră în trecut sau în prezent

D. Copilăria

În ce fel vă pedepseau părinţii sau cei care aveau grijă de dv.?

Descrieţi atmosfera din casă, inclusiv relaţiile dintre părinţi.

Aveaţi încredere în părinţi? Le făceaţi confidenţe?

Dacă aţi fost crescut de o altă persoană, precizaţi cine a fost aceasta şi în ce perioadă a avut grijă de dv.

Dacă aţi avut un părinte vitreg, ce vîrstă aveaţi cînd părintele adevărat s-a recăsătorit. Precizaţi sexul părintelui vitreg şi relaţia pe care aţi avut-o cu acesta?

Ce educaţie religioasă aţi primit?

E. Vîrsta adultă

Care este opţiunea dv. religioasă în prezent?

Ce rol joacă religia în viaţa dv.?

S-au amestecat părinţii, rudele sau prietenii în viaţa dv. personală (căsătorie, carieră etc.)?

Da Nu

Dacă da, relataţi ce anume s-a petrecut.

Care a fost persoana (persoanele) cea mai semnificativă care v-a influenţat persoanlitatea şi viaţa?

F. Probleme medico-psihologice

Aveţi în familie alcoolici sau toxicomani?

Da Nu

Dacă da, daţi detalii.

Aveţi în familie persoane cu tulburări psihice?

Da Nu

Dacă da, daţi detalii.

Suferă vreun membru al familiei dv. de vreo boală cronică? Furnizaţi detalii.

Aveţi probleme medicale curente care vă îngrijorează? Dacă da, precizaţi natura acestora.

Vă prezentăm mai jos o listă de probleme şi simptome. Subliniaţi acele cuvinte care se referă la problemele pe care le aveţi:

a) Tulburări de dispoziţie:

- Deprimat.
- Încordat.
- Nu pot să mă relaxez.
- Panicat.
- Prea nervos.
- Mă supăr uşor.

- Iritabil.
- Singuratic.
- Uşor de lovit (vulnerabil sub aspect psihic).
- Îngrijorat.
- Plîng frecvent.
- Nu mai simt plăcerea de a trăi.
- Mi-am pierdut interesul pentru lucrurile care înainte îmi plăceau.
- Mă gîndesc să termin cu viaţa.
- Cred că mai bine aş muri.
- Anxios.
- Lipsit de speranţă.
- Nu mă pot stăpîni să nu plîng.
- Sarcastic.
- Trist.
- Nemulţumit.
- Mă simt părăsit (abandonat).
- Mă simt vinovat.
- Plictisit.

b) Probleme cognitive:

- Am dificultăţi să-mi amintesc evenimentele recente.
- Am dificultăţi să-mi reamintesc evenimentele trecute.
- Mă simt confuz.
- Mă simt dezorientat.
- Am dificultăţi de concentrare a atenţiei.
- Mi-e greu să înţeleg ceea ce citesc.
- Sînt ineficient la învăţat sau în muncă.
- Am tendinţa să visez cu ochii deschişi.
- Mi-e greu să gîndesc clar.
- Aud voci.
- Văd „vedenii".
- Am sentimentul de straniu, ireal.

c) Activitatea şi grijile materiale:

- Nu pot să mă decid pentru o carieră.

- Nu pot să-mi realizez cariera dorită.
- Sînt nemulţumit de alegrea profesiei mele.
- Am dificultăţi în a împăca serviciul cu viaţa de familie.
- Muncesc prea mult.
- Nu sînt interesat de munca mea.
- Primesc prea puţină apreciere la serviciu.
- Nu sînt satisfăcut de condiţiile de muncă.
- Mi-e teamă să nu pierd serviciul.
- Am probleme cu colegii şi şefii.
- Am dificultăţi financiare.
- Nu sînt capabil să-mi asum responsabilitatea.
- Nu ajung la timp la serviciu sau plec prea devreme de la lucru.

d) Probleme sociale şi familiale:

- Am dificultăţi să-mi fac prieteni.
- Mă simt stînjenit în prezenţa altor persoane.
- Am prea puţine întîlniri.
- Nu-mi găsesc un partener de viaţă potrivit.
- Am dificultăţi să mă decid dacă să mă căsătoresc sau să încep o relaţie de lungă durată.
- Am dificultăţi să închei o relaţie amoroasă.
- Ţin la mai multe persoane în acelaşi timp.
- Certuri frecvente cu soţul (soţia) sau partenerul.
- Am interese diferite faţă de cele ale partenerului de viaţă.
- Am desfăcut căsătoria sau relaţia cu partenerul.
- Am dificultăţi să mă decid dacă să am sau nu copii.
- Am probleme cu educaţia copiilor.
- Mă simt respins de familie.
- Am relaţii proaste cu mama, tata sau cu amîndoi.
- Nu mă înţeleg bine cu colegul de cameră.
- Mă simt nefericit atunci cînd plec de acasă.
- Nu pot să menţin un program regulat.
- Mă izolez de ceilalţi oameni.

- Mă simt respins de prieteni.
- Mă simt respins de omul pe care-l iubesc.
- Nu-mi iubesc partenerul de viaţă.

Probleme sexuale:

- Îmi lipsesc informaţiile cu privire la viaţa sexuală.
- Îmi vine greu să-mi controlez impulsurile sexuale.
- Mă tulbură gîndurile şi visele cu caracter erotic.
- Îmi fac probleme pentru că mă masturbez.
- Mă simt atras de o persoană de acelaşi sex.
- Sînt nesatisfăcut în plan sexual.
- Am dorinţe sexuale care nu coincid cu cele ale partenerului.
- Gîndurile cu privire la relaţiile sexuale îmi repugnă.
- Am dificultăţi de erecţie.
- Sufăr de ejaculare precoce.
- Am dificultăţi în ceea ce priveşte excitarea sexuală.
- Am dificultăţi în atingerea orgasmului.
- Pentru mine, actul sexual este dureros sau imposibil de realizat.
- Mă tem să nu rîmîn însărcinată.
- Mi-am pierdut interesul pentru viaţa sexuală.
- Am dorinţe şi gînduri sexuale nepermise.

Probleme somatice:

- Dureri de cap.
- Tahicardie şi/sau dureri în regiunea pieptului.
- Am probleme cu scaunul (diaree/constipaţie).
- Tulburări de somn (dorm prea mult sau prea puţin).
- Ameţeli.
- Tulburări digestive.
- Oboseală.
- Senzaţie de leşin.
- Lipsă de apetit sau mîncat în exces.
- Tremurături.
- Atacuri anxioase.
- Probleme dermatologice.

- Dureri musculare.
- Hipertensiune.
- Obezitate sau slăbire excesivă.
- Consum abuziv de alcool.
- Consum de droguri.
- Fumat.
- Respiraţie rapidă.
- Oboseală musculară.
- Tulburări ale ciclului menstrual.
- Îngrăşare rapidă în ultima perioadă.
- Slăbire rapidă.
- Dureri de orice fel.
- Alte probleme medicale.

Sentimente legate de propria persoană:

- Lipsa încrederii în sine.
- Incapacitate de a conduce.
- Nu mă simt suficient de inteligent.
- Timid (neasertiv).
- Iau lucrurile prea tare în serios.
- Sînt prea înalt sau prea scund.
- Nu sînt atrăgător sub aspect fizic.
- Îmi lipseşte ambiţia.
- Sînt prea uşor influenţat de alţii.
- Sînt prea neglijent.
- Nu sînt în stare să fac nimic cum trebuie.
- Sînt prea egocentric.
- Mă simt lipsit de valoare.
- Mă simt vinovat.
- Mă simt neajutorat.
- Mă blamez pentru diferite lucruri.
- Mă simt neînţeles.
- Cred că nu sînt suficient de iubit.
- Mă simt neliniştit.
- Sînt incapabil să iau o decizie.
- Mă simt ruşinat de unele lucruri.

BCU IASI UNIVERSITY LIBRARY

- Cred că lucrurile îmi scapă de sub control.
- Nu sînt suficient de flexibil.

Valori şi probleme religioase:

- Am nevoie de o filozofie de viaţă.
- Nu ştiu ce fel de persoană aş dori să fiu.
- Nu mi-e clar ce doresc cu adevărat.
- Cred că viaţa nu merită trăită.
- Am un sentiment de confuzie referitor la credinţa religioasă.
- Cred că nu am primit răspunsul potrivit de la religia mea.

Probleme comportamentale:

- Nu-mi pot controla unele comportamente repetitive.
- Sînt implicat în comportamente ilegale sau periculoase.
- Am deprinderi rele sau periculoase.
- Fumez prea mult.
- Îmi rod unghiile.
- Beau prea mult.
- Consum prea multe medicamente.
- Îmi asum riscuri care nu sînt neapărat necesare.
- Conduc maşina riscant.
- Joc frecvent jocuri de noroc.
- Nu mă pot linişti.
- Nu pot acţiona rapid.
- Am crize de mînie.
- Sînt certăreţ.
- Am deprinderi sexuale nedorite.

Alte probleme care deranjează.

Notaţi trei dintre problemele care vă deranjează cel mai mult.

Informaţii suplimentare:

- Descrieţi o experienţă psihotraumatizantă care nu a fost descrisă în chestionar.

- Notaţi situaţiile care vă determină să vă simţiţi cel mai anxios.
- Descrieţi situaţiile în care v-aţi simţit cel mai relaxat.
- Au existat situaţii în care aţi simţit că vă pierdeţi autocontrolul? Descrieţi acele situaţii.
- Ce beneficii aţi dori să atingeţi în urma psihoterapiei?
- Notaţi orice altceva ce credeţi că ar fi important de cunoscut de către psihoterapeut.

În urma analizării datelor obţinute de la clienţi, terapeutul va stabili obiectivele psihoterapiei.

Înainte de a începe şedinţele de terapie, fiecare client va semna un contract cu psihoterapeutul, contract în care acesta se obligă să respecte următoarele condiţii:

- să ia parte la toate cele 15 şedinţe de psihoterapie;
- să vină la timp la fiecare întîlnire cu grupul;
- să realizeze temele pentru acasă;
- să respecte confidenţialitea;
- să participe la şedinţele de psihoterapie cît poate de eficient.

Interviul preliminar are, printre altele, şi menirea de a elimina acei clienţi care nu pot beneficia de pe urma psihoterapiei de grup sau care pot să perturbe activitatea grupului.

Subiecţii care trebuie eliminaţi din grup în avantajul lor personal

1. Pacienţii semnificativ mai inteligenţi sau mai puţin inteligenţi decît ceilalţi membri ai grupului. Aceştia se vor simţi decepţionaţi în cazul în care grupul este condus la alt nivel intelectual decît cel care li se potriveşte.

2. Subiecţii care nu sînt dispuşi să creadă că problematica lor este de natură psihologică.

3. Cei cărora le lipseşte motivaţia de a lucra asupra propriilor lor probleme.

4. Cei care sînt dispuşi să lucreze doar asupra unei probleme foarte precise sau/şi cei care nu sînt dispuşi să discute referitor la problema respectivă. (De pildă, subiecţi care au o problemă de natură sexuală pe care nu doresc să o dezvăluie).

5. Subiecţii aflaţi în stare de stres sever datorită căruia nu se pot concentra. Aceşti pacienţi pot fi integraţi în grup după ce au parcurs un număr de şedinţe de psihoterapie individuală.

Pacienţi care trebuie eliminaţi în avantajul grupului

1. Pacienţii care vorbesc în mod compulsiv. Aceştia au tendinţa de a-şi descărca anxietatea sub forma unor monologuri interminabile care îi plictisesc pe ceilalţi şi care nu sînt eficiente nici măcar pentru ei.

2. Pacienţii cu tulburări psihotice care, prin comportamentele lor ciudate, îi pot speria pe ceilalţi membri ai grupului.

3. Pacienţii agresivi şi negativişti care critică permanent activitatea din cadrul grupului, discută în contradictoriu cu terapeutul, căruia îi creează o stare de disconfort, subminează moralul celorlalţi participanţi şi îi face pe aceştia din urmă să fie mai puţin cooperanţi.

Avantajele psihoterapiei de grup faţă de cea individuală (Sank şi Shaffer, 1984)

1. În cadrul grupului, un pacient are posibilitatea să observe modul în care terapeutul sau ceilalţi membri ai grupului utilizează deprinderile de viaţă pe care le-au învăţat. A învăţa din experienţa altora reprezintă un ajutor serios în cadrul procesului de învăţare.

2. Grupul oferă sprijin pacientului în cadrul demersului terapeutic pentru că acesta se poate baza pe alte persoane pentru suport şi ghidare. Grupul oferă o ambianţă de interdependenţă reciprocă, relaţiile dintre membrii grupului fiind

mai puţin încărcate afectiv decît cele dintre client şi terapeut în cadrul terapiei individuale. Datorită acestui tip de interacţiuni mai degajate, se poate trece mai uşor la obţinerea independenţei şi autonomiei subiectului.

3. Individul care se aseamănă cel mai mult cu subiectul în cauză reprezintă cel mai bun model de învăţare (Barrios şi Shigetomi, 1979). Din acest motiv, membrii grupului care prezintă aceeaşi simptomatologie şi se confruntă cu aceleaşi probleme reprezintă un ajutor deosebit pentru terapeut, deoarece pacienţii se influenţează şi se ajută reciproc. Aceste modele oferite de colegii de psihoterapie se deosebesc de modelul oferit de terapeut, model care este perfect şi pare greu de atins.

4. Psihoterapia de grup dă posibilitatea subiectului să ofere ajutor şi sprijin celorlalţi. Yalom (1970) consideră că altruismul reprezintă unul dintre principalii factori curativi care acţionează în cadrul grupului. Prin intermediul acestuia, pacienţii primesc afecţiune şi sprijin, astfel creîndu-se o ambianţă terapeutică propice schimbării.

5. Weiss (1976) subliniază, la rîndul său, că a avea aceeaşi problemă şi a trăi acelaşi tip de experienţe reprezintă un factor psihoterapeutic foarte important, pentru că reduce sentimentul de izolare şi dispersare al pacientului.

6. Studiile clinice au subliniat faptul că declararea în faţa altei persoane a intenţiei de schimbare va spori probabilitatea ca schimbarea să se producă cu adevărat; or, în cadrul grupului, astfel de declaraţii se produc în prezenţa mai multor persoane.

7. Psihoterapia de grup oferă şi avantajul că pacientul se simte încurajat de succesele celorlalţi, aceste succese întărindu-i expectaţiile pozitive în direcţia schimbării.

Un aspect mai deosebit al acestui sistem de psihoterapie constă în aceea că fiecare membru al grupului va fi combinat cu un alt membru (perechea), cu care va fi în contact telefonic în intervalul dintre şedinţele de grup. Perechile se alcătuiesc în funcţie de similaritatea problemelor, nivelul intelectual şi statutul social sau se pot realiza la întîmplare.

Scopul acestor contacte este să reamintească subiectului că este implicat într-un program de schimbare, care se extinde şi în afara şedinţelor săptămînale din cadrul psihoterapiei de grup. Se stabileşte astfel un sentiment de camaraderie cu cel puţin un membru al grupului, fapt ce-i conferă clientului un sentiment suplimentar de siguranţă şi îi furnizează informaţii suplimentare cu privire la deprinderile de a face faţă diverselor probleme.

Modulul de relaxare

Prima şedinţă

Relaxarea reprezintă prima deprindere de autoajutorare (self-help) pentru că aceasta permite reducerea supraîncărcării şi anxietăţii la membrii grupului. De asemenea, relaxarea realizată la începutul terapiei permite membrilor grupului să trăiască o experienţă pozitivă, care conduce la o mai rapidă sudare a grupului.

Înainte de a se trece la învăţarea relaxării, Sank şi Shaffer (1984) recomandă realizarea unor exerciţii de aşa-zisă „încălzire" psihică. Primul exerciţiu are menirea să-i familiarizeze pe membrii grupului unii cu alţii, să le dea posibilitatea să relateze ceva personal cu privire la ei înşişi şi să se adreseze unii altora utilizînd prenumele.

Al doilea exerciţiu permite fiecărui membru al grupului să se comporte „ca şi cum" ar avea o problemă serioasă pe care însă nu doreşte să o dezvăluie încă. Acest exerciţiu are rolul de a-i determina pe membrii grupului să-şi exprime emoţiile şi sentimentele într-o atmosferă securizantă.

Urmează apoi învăţarea relaxării după metoda lui Benson, metodă simplă, rapidă şi foarte uşor de asimilat.

În urma acestor exerciţii, clienţii părăsesc şedinţa de grup; ei nu se mai simt stingheriţi faţă de persoane străine sau faţă de posibilitatea de a dezvălui ceva cu privire la sine şi în acelaşi timp ştiu că există posibilitatea de a-şi controla tensiunile musculare.

Grupul este condus de doi terapeuţi (terapeutul conducător şi coterapeutul). La începutul primei şedinţe, terapeuţii se prezintă şi apoi se face o referire generală cu privire la obiectivul principal al grupului.

Acesta este un grup de formare a derpinderilor pentru a face faţă diferitelor situaţii de viaţă. Activitatea acestui grup face parte din cadrul unui program mai larg de control al stresului (stress-management). „Aţi fost îndrumaţi către acest grup din diverse motive. Astăzi vă vom explica în ce măsură problemele dv. personale se vor putea rezolva pe parcursul şedinţelor viitoare". (Sank şi Shaffer, 1984, p. 42).

Se citeşte lista participanţilor la grup şi se explică cele două exerciţii de „încălzire" psihică.

◆ Jocul numelor

Fiecare membru al grupului este solicitat să găsească un adjectiv care să înceapă cu prima literă a prenumelui său şi care să-l descrie într-o anumită măsură. Membrilor grupului li se cere să explice prin intermediul unei propoziţii scurte de ce au ales adjectivul respectiv pronunţînd numele, adjectivul şi motivarea alegerii acestuia, precum şi numele şi adjectivele care îi reprezintă pe ceilalţi.

„Eu sînt Billy cel Belicos pentru că mă cert mereu cu colegii la serviciu..."

„El este Billy cel Belicos, iar eu sînt Tina cea Tristă pentru că depresia mea m-a dărîmat şi din acest motiv mă aflu printre voi...".

„El este Billy cel Belicos, ea e Tina cea Tristă, iar eu sînt Ioana cea Inimoasă pentru că sufăr pentru toţi şi nu mai am timp pentru problemele mele..."

Exerciţiul îi ajută pe membrii grupului să-şi memoreze numele şi să afle cîte ceva unii despre alţii într-o manieră non-ameninţătoare. De asemenea, nota de umor care se creează în urma acestui joc conduce la spargerea gheţii.

În acelaşi timp, terapeuţii vor putea observa care sînt membrii grupului care sînt mai deschişi şi mai dispuşi să realizeze autodezvăluiri chiar de la primele şedinţe.

◆ Jocul secretelor

Toţi membrii grupului primesc creioane şi bucăţi de hîrtie identice şi li se cere să scrie ceva despre ei, ceva ce consideră că ar fi jenant sau inconfortabil să spună colegilor cu voce tare.

Pacienţilor li se explică faptul că „secretul" lor va fi păstrat şi că bileţelul anonim va fi citit de un alt membru al grupului ca şi cum ar fi al său. Se acordă trei minute membrilor grupului pentru a completa bileţelele, care se amestecă şi sînt apoi trase la sorţi. Fiecare membru al grupului va citi bileţelul care i-a căzut, prezentînd problema notată ca pe o problemă personală.

Acest exerciţiu contribuie la facilitarea comportamentului de autodezvăluire. Auzind „secretul" său prezentat de altcineva, sentimentul de jenă va diminua şi clientul va simţi treptat nevoia să se refere la propriile sale probleme. De asemenea, subiectul realizează faptul că şi alţii au probleme asemănătoare şi că simptomatologia sa nu este unică, fapt ce contribuie la creşterea empatiei în cadrul grupului.

Discutarea în grup
a obiectivelor personale ale terapiei

Membrilor grupului li se cere să discute sau doar să prezinte obiectivele pe care le aşteaptă de la psihoterapie, obiective ce pot fi realizate în cursul celor patru module de terapie. Deşi conducătorii grupului încurajează deschiderea şi împărtăşirea reciprocă a „secretelor", membrilor grupului nu li se impune dezvăluirea tuturor problemelor lor dacă ei nu doresc acest lucru.

Comunicarea în jurul problematicii obiectivelor individuale va contribui la creşterea coeziunii grupului, făcîndu-i

pe membrii acestuia să-şi dea seama de faptul că nu au fost plasaţi la întîmplare în grup, ci că ei prezintă probleme şi scopuri de viaţă asemănătoare (Weiss, 1976). Urmează descrierea modulelor de psihoterapie, explicîndu-se modul în care acestea pot rezolva anumite simptome sau categorii de probleme, punîndu-se accentul mai ales asupra acelor probleme care apar mai frecvent în cadrul grupului. Astfel, de pildă, dacă mai mulţi pacienţi acuză tulburări de somn, dureri de cap sau dureri în zona coloanei vertebrale, terapeutul va explica modul în care relaxarea va contribui la reducerea acestor simptome.

Se demonstrează apoi tehnica de relaxare după metoda lui Benson („The Relaxation Response, 1975), inspirată din tehnicile meditative, cum ar fi, de pildă, „meditaţia transcendentală".

Membrii grupului sînt instruiţi să se aşeze cît mai confortabil pe scaun şi să închidă ochii. Li se cere să-şi concentreze atenţia asupra respiraţiei, continuînd să respire normal. După cîteva secunde de respiraţie normală, subiecţii trebuie să pronunţe, în gînd, cuvîntul one (unu în limba engleză), o dată cu fiecare expiraţie. Acest cuvînt a fost ales de autor datorită caracterului său neutru, dar se poate alege orice alt cuvînt format dintr-o singură silabă.

Subiecţii vor continua timp de 2 minute să se concentreze asupra respiraţiei şi a pronunţării cuvîntului „one", odată cu fiecare expiraţie, terapeutul încurajînd vizualizarea cuvîntului respectiv (pot să şi-l reprezinte ca fiind scris pe tablă sau cu litere luminoase, ca în cazul reclamelor). Terapeutul le cere apoi să numere în gînd pînă la trei şi să deschidă încet ochii.

Se precizează faptul că nu este necesar ca membrii grupului să se ocupe de modul în care au realizat relaxarea, subliniindu-se faptul că aceasta este o tehnică ce se perfecţionează prin exersare. Se trasează sarcina ca tehnica să fie exersată şi acasă, de două ori pe zi, în poziţie şezînd şi abia

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

după cîteva săptămîni de practică se permite pacienţilor şi praeticarea ei în condiţii de stres.

După fiecare exerciţiu se completează un formular din care să rezulte modul cum a reuşit fiecare pacient să se relaxeze.

Ziua	Data	Şedinţa de relaxare	Timp de începere	Timp de încheiere	Nivel iniţial	Nivel final	Observaţii
		Dimineaţa					
		După amiaza					

La sfîrşitul şedinţei de psihoterapie, membrii grupului sînt interogaţi cu privire la reacţiile lor faţă de experienţele pe care le-au trăit în cadrul grupului. Li se cere să sublinieze ce anume le-a folosit şi să facă sugestii pentru şedinţele viitoare. În această etapă se clarifică neînţelegerile şi percepţiile eronate cu privire la persoane sau situaţii. (Astfel, de pildă, un pacient poate considera că un altul a fost prea mult „disecat" de membrii grupului, în timp ce aceştia din urmă pot nega acest lucru.)

Şedinţa a doua

În cadrul acestei şedinţe subiecţii învaţă relaxarea musculară profundă (DMR – „Deep Muscular Relaxation"). Într-o etapă viitoare, pacientul va decide care din cele două tehnici de relaxare o va utiliza şi în ce împrejurare. Tehnica relaxării musculare profunde îşi are rădăcinile în relaxarea progresivă a lui Jacobson (1938) şi reprezintă o formă prescurtată a acesteia.

Profunzimea relaxării este evaluată la începutul şi la sfîrşitul şedinţei, conform scalei SUD (Subjective Units of Disconfort), a lui Wolpe şi Lazarus (1966), conform căreia subiecţii sînt solicitaţi să aprecieze nivelul relaxării pe o scală gradată de la 1 la 100, unde 1 reprezintă starea de relaxare totală, iar 100 starea de încordare extremă.

Membrii grupului sînt invitaţi să se aşeze cît mai comod pe scaune sau pe fotolii şi să rămînă tot timpul exerciţiului cu ochii închişi. Textul administrat de către psihoterapeut are următorul conţinut (Holdevici, adaptat după Sank şi Carolyn Shaffer, 1984):

„Aşezaţi-vă cît mai comod pe scaunul pe care staţi. Închideţi ochii şi căutaţi să vă calmaţi respiraţia. Simţiţi-vă cît mai confortabil cu putinţă. Vă concentraţi atenţia asupra braţului nondominant, strîngeţi pumnul şi încordaţi braţul cît puteţi de mult. Simţiţi încordarea în zona pumnului, braţului, antebraţului, umărului. Desfaceţi apoi pumnul şi lăsaţi braţul să se relaxeze. Repetaţi exerciţiul. E bine aşa.

Procedaţi acum în acelaşi fel cu braţul dominant: strîngeţi pumnul, încordaţi braţul şi căutaţi să percepeţi tensiunea în zona pumnului, în antebraţ, în braţ, în umăr. Repetaţi exerciţiul.

Acum aşezaţi ambele palme pe genunchi şi ridicaţi degetele, încordîndu-le uşor, apoi tot mai mult şi mai mult. Simţiţi încordarea în degete, palme, braţe. Lăsaţi apoi degetele, palmele şi braţele să se relaxeze tot mai mult. Repetaţi exerciţiul.

Încordaţi acum musculatura ambelor braţe, menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi braţele. Ridicaţi apoi umerii, menţineţi poziţia încordată şi apoi relaxaţi umerii şi braţele.

Încordaţi şi relaxaţi braţele şi umerii de cîteva ori, căutînd să simţiţi relaxarea plăcută care cuprinde întreaga musculatură a braţelor şi umerilor. Braţele şi umerii se relaxează tot mai mult şi mai mult.

Vă concentraţi apoi asupra muşchilor frunţii. Încordaţi fruntea ca şi cum v-aţi încrunta şi aţi ridica sprîncenele, menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi fruntea. Simţiţi cum fruntea se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Observaţi diferenţa dintre starea de încordare şi cea de relaxare. Repetaţi exerciţiul, studiind starea de încordare, comparativ cu cea de relaxare, plăcută, odihnitoare.

Încordaţi pleoapele, vă concentraţi asupra senzaţiei de încordare din jurul ochilor şi apoi relaxaţi-le tot mai mult. Simţiţi relaxarea plăcută care cuprinde ochii. Pleoapele se relaxează şi devin tot mai grele, din ce în ce mai grele.

Încordaţi muşchii din jurul gurii, menţineţi încordarea şi apoi relaxaţi musculatura gurii. Încordaţi apoi şi relaxaţi de cîteva ori musculatura maxilarelor, a gîtului şi cefei. Conştientizaţi senzaţiile de încordare şi relaxare din cadrul fiecărei grupe musculare.

Aplecaţi uşor capul pe spate, menţineţi poziţia şi apoi relaxaţi uşor gîtul şi ceafa, aplecînd capul în faţă, astfel încît bărbia să atingă pieptul.

Întoarceţi apoi capul spre stînga şi spre dreapta de cîteva ori şi relaxaţi din nou gîtul şi ceafa. Treptat, senzaţia de relaxare vă cuprinde tot mai mult, tot mai mult. O senzaţie de greutate, căldură şi relaxare plăcută cuprinde degetele, palmele, braţele, umerii, faţa, creştetul capului, ochii, gura, maxilarele, gîtul şi ceafa.

Senzaţia plăcută de relaxare vă cuprinde tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Braţele, umerii, capul, gîtul sînt tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate. Senzaţia de relaxare plăcută pătrunde în zona pieptului. Inspiraţi profund, menţineţi respiraţia, încordaţi uşor toracele, apoi expiraţi şi relaxaţi toracele. Musculatura toracelui se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Inspiraţi, menţineţi respiraţia şi apoi respiraţi relaxînd muşchii spatelui, împingînd uşor pieptul înainte, ca şi cum aţi lua poziţia de „drepţi". Relaxaţi apoi muşchii spatelui, umerii, toracele. Relaxaţi-le tot mai mult.

Vă concentraţi apoi asupra abdomenului. Încordaţi muşchii trăgînd abdomenul înapoi, ca şi cum aţi dori să-l lipiţi de coloana vertebrală. Relaxaţi apoi abdomenul. Vă concentraţi asupra diferenţei dintre senzaţiile de încordare şi relaxare.

Încordaţi şi relaxaţi musculatura abdominală de cîteva ori, trăgînd abdomenul înapoi şi apoi împingîndu-l înainte.

Încordaţi, relaxaţi, încordaţi şi relaxaţi abdomenul, apoi îl relaxaţi tot mai mult, din ce în ce mai mult.

Încordaţi şi relaxaţi de mai multe ori zona lombară, arcuind coloana vertebrală spre spate. Simţiţi apoi cum o stare de relaxare tot mai profundă cuprinde spatele.

Încordaţi şi relaxaţi apoi fesele şi coapsele, gambele şi labele picioarelor.

Realizaţi cîteva încordări şi relaxări succesive şi apoi relaxaţi tot mai mult picioarele. Picioarele devin tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate.

Încordaţi şi relaxaţi coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele. Vă concentraţi asupra încordării, apoi vă relaxaţi.

Acum doresc să relaxaţi cît mai mult fiecare grupă de muşchi în parte. Renunţaţi la încordare. Lăsaţi încordarea să iasă din corp.

Tensiunea şi încordarea părăsesc fiecare zonă a corpului. O senzaţie plăcută de greutate şi căldură cuprinde fiecare grupă de muşchi în parte. Relaxaţi degetele şi palmele, relaxaţi antebraţele, braţele şi umerii. Braţele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tot mai grele şi mai calde. Braţele grele şi calde. Braţele relaxate, grele, calde. Greutatea şi căldura înlocuiesc senzaţia de încordare şi tensiune.

Fruntea devine tot mai relaxată, tot mai relaxată.

Relaxaţi ochii. Pleoapele devin grele, tot mai grele, grele şi relaxate. Relaxaţi obrajii şi maxilarele. Obrajii şi maxilarele sînt relaxate, destinse, tot mai relaxate. Relaxaţi gîtul şi ceafa. Gîtul şi ceafa sînt tot mai relaxate, tot mai relaxate... tot mai destinse şi mai relaxate.

Relaxaţi spatele. Coloana vertebrală se relaxează, se destinde, se relaxează tot mai mult. Relaxaţi abdomenul. Abdomenul se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult. Abdomenul este relaxat şi cald, relaxat şi cald. Relaxaţi coapsele, gambele, labele picioarelor, degetele de la picioare. O relaxare profundă cuprinde picioarele, care devin grele şi calde, grele şi calde. Picioarele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele. Picioarele grele şi calde, grele şi calde.

Întregul corp devine tot mai relaxat, din ce în ce mai relaxat. O relaxare plăcută, odihnitoare, cuprinde umerii, braţele, mîinile, picioarele, tot corpul. Corpul relaxat şi liniştit. Rămîneţi concentraţi cîteva minute, calmi, relaxaţi, destinşi. Vă concentraţi pasiv asupra stării de calm. Repetaţi mental cuvîntul CALM.

Trăiţi o stare plăcută de calm, destindere, pace interioară".

Şedinţa a treia: Restructurarea cognitivă

Şedinţele 3,4 şi 5 sînt dedicate exerciţiilor de restructurare cognitivă. Sînt utilizate strategiile de psihoterapie cognitiv-comportamentală a lui Beck (1970) şi terapie raţional-emotivă (Elis, 1977).

Aceste strategii au drept scop să-l înveţe pe pacient să-şi controleze stările afective prin intermediul identificării şi modificării modelelor negative de gîndire.

Pacienţilor li se explică faptul că stările afective disfuncţionale sînt produse mai mult de gîndurile negative generate de subiect şi mai puţin de împrejurările exterioare.

Participanţii la grup se familiarizează cu conceptele de gînduri negative disfuncţionale sau cogniţie iraţională, care generează stări afective dezadaptative, cum ar fi furia, disperarea sau vinovăţia. Apoi se realizează o identificare a gîndurilor negative ale membrilor grupului şi terapeutul îi învaţă pe aceştia să găsească gînduri alternative raţionale, care să le înlocuiască pe cele iraţionale. Se utilizează tehnicile de joc de rol direct şi inversat. Într-o primă etapă, se realizează în cadrul grupului o listă a situaţiilor care declanşează gînduri negative şi care îi fac pe membrii grupului să se simtă deprimaţi sau anxioşi.

Prezentăm mai jos cîteva exemple de astfel de situaţii identificate de membrii grupului:

1. Vin acasă de la serviciu şi găsesc o dezordine cumplită, iar masa nu e pregătită.

2. Mă apucă miezul nopţii aşteptînd ca soţul să se întoarcă de la serviciu.
3. Deschid şifonierul şi constat că nu mă mai încape nici o rochie.
4. Mama îmi telefonează de 3-4 ori pe zi şi îmi spune că o neglijez.
5. Trec prin faţa apartamentului fostului meu soţ, unde acesta trăieşte cu o altă femeie.
6. Şeful îmi cere să fac munca altui coleg în plus faţă de a mea etc.

Membrilor grupului li se explică faptul că terapia cognitiv-comportamentală reprezintă o tehnică de autoajutorare ce poate fi utilizată de către orice individ care doreşte să scape de stările emoţionale nedorite.

La baza acestui demers psihoterapeutic se află ideea că nu evenimentele produc stările afective negative, ci atitudinile noastre faţă de respectivele evenimente. Deci, prin modificarea gîndurilor noastre în legătură cu evenimentele se pot modifica şi emoţiile nedorite. Prima etapă a terapiei constă în a conştientiza gîndurile negative. Astfel, subiectul trebuie să se întrebe ce anume îşi spune în gînd atunci cînd este trtist, furios sau speriat. Este vorba de obicei de gînduri pesimiste în legătură cu propria persoană, cu viitorul sau cu viaţa în general. Apoi subiectul trebuie să-şi adreseze o altă întrebare: „Oare este adevărat gîndul meu sau mai există şi o altă explicaţie posibilă pentru ceea ce se întîmplă?"

Răspunsurile obiective la aceste întrebări cu caracter provocativ sînt, de regulă, mai raţionale şi produc o reducere a stărilor afective negative iniţiale.

Psihoterapeutul explică participanţilor conceptul de gînduri negative automate, ca fiind gînduri iraţionale, negative, care se declanşează spontan în anumite situaţii şi se referă la propria persoană, la lume şi la viitor.

Se precizează faptul că aceste gînduri se formează şi se asociază cu diferite situaţii încă din copilărie şi au următoarele surse:

- modul în care subiectul a fost tratat de ceilalţi, mai ales de persoanele semnificative din familia sa;
- modul în care se simt şi vorbesc despre ele persoanele care servesc drept model de identificare pentru subiect;
- ce i s-a spus subiectului în legătură cu el însuşi;
- experienţele de viaţă mai importante prin care a trecut subiectul.

În acest fel se produce o anumită condiţionare a unui stil negativ de gîndire, care caracterizează subiecţii depresivi şi/sau anxioşi.

Pentru ca pacienţii să înţeleagă mai bine modul în care se declanşează gîndurile negative automate, terapeutul prezintă în faţa grupului un exemplu din viaţa sa personală. Acest lucru se realizează pentru a demonstra faptul că orice om, chiar şi un psihoterapeut antrenat şi cunoscător în ale psihologiei, poate fi uneori victima unor gînduri negative, iraţionale. În felul acesta, pacienţii nu se vor mai simţi inferiori sau ridicoli pentru că nutresc astfel de gînduri.

Prezentăm mai jos un astfel de exemplu (după Sank şi Shaffer, 1984):

„Dimineaţa, înainte de a pleca într-o călătorie, m-am simţit dintr-o dată speriat şi nefericit. Aceste sentimente au fost însoţite de încordare musculară, o senzaţie de jenă în stomac, precum şi de o lipsă de energie. Aceste simptome m-au deranjat mai ales pentru că aveam mult de lucru în ziua respectivă. Utilizînd tehnica învăţată la şedinţele de psihoterapie cognitiv-comportamentală, m-am întrebat: Oare ce îmi spun în gînd atunci cînd mă simt aşa? Care sînt gîndurile mele automate? Am reuşit să identific cîteva gînduri negative:

- Am atîtea hîrtii de rezolvat încît nu voi reuşi niciodată să le dau de capăt.
- Este sigur că voi uita ceva foarte important de care depinde cariera mea.
- Îmi voi reaminti de ceea ce am de făcut la serviciu în timpul călătoriei şi acest lucru îmi va strica dispoziţia.

- Sarcinile pe care le-am neglijat vor crea probleme colegilor mei; ei se vor supăra pe mine şi acest lucru va fi îngrozitor.
- Mi-am asumat prea multe responsabilităţi şi lucrurile se vor duce de rîpă pînă mă întorc".

Se aplică apoi tehnica „exteriorizării vocii interioare" (Burns, 1980 a) şi tehnica jocului de rol inversat (Beck şi alţii, 1979).

Exerciţiul se desfăşoară astfel:

Unul din membrii grupului exprimă cu voce tare gîndurile negative automate, în timp ce alt subiect contraargumentează, punînd în evidenţă gînduri alternative mai raţionale. Pentru a ajunge la gînduri mai raţionale, subiectul trebuie să-şi adreseze întrebări de tipul următor:

„Cum ar privi un observator extern situaţia respectivă?" sau „Care ar putea fi explicaţia alternativă în cazul dat?"

Pentru a demonstra tehnica respectivă, terapeutul exprimă gînduri iraţionale automate, rezultate din propria experienţă, în timp ce coterapeutul oferă replici reprezentînd gînduri raţionale.

Iată un exemplu:

Terapeutul: „Tu nu vei mai reuşi niciodată să dai de capăt hîrtiilor nerezolvate care te aşteaptă pe birou".

Coterapeutul: „Biroul meu a mai fost încărcat şi înainte şi totuşi am reuşit să pun ordine în hîrtii şi să rezolv toate problemele".

T: „Pentru că biroul tău este atît de încărcat, vei uita să rezolvi ceva foarte important".

CT: „Mai am timp să mă uit pe birou, să fac o listă a priorităţilor şi să rezolv ceea ce este absolut important".

Se aplică apoi tehnica inversării rolurilor, în cadrul căreia persoana care a exprimat gîndurile iraţionale este solicitată acum să aducă replici raţionale alternative la propriile sale gînduri automate, precum şi la cele enunţate de cel cu care se află în dialog sau de către un alt membru al grupului. Tehnica aceasta se aplică integral abia în a şasea şedinţă de grup.

Membrii grupului sînt apoi solicitaţi să se ofere voluntari pentru a genera gînduri negative automate. Membrilor grupului li se administrează următorul instructaj:

„Gîndiţi-vă la reacţia pe care aţi avut-o la început, cînd aţi intrat în grup. Vă rog să vă concentraţi asupra gîndurilor negative pe care le aveţi sau le-aţi avut, gînduri care se referă la propria persoană, la ceilalţi membri ai grupului sau la posibilele progrese din cadrul psihoterapiei. Dacă aveţi dificultăţi să produceţi astfel de gînduri, elaboraţi gînduri negative pe care le-ar putea avea oricare alt membru al grupului".

Iată cîteva exemple de gînduri automate negative generate de membrii grupului şi care se referă la situaţia de a fi în grup:

Nu voi fi niciodată capabil să vorbesc în faţa grupului".

„Problema mea este mai gravă decît a tuturor celorlalţi".

„Dacă voi vorbi, ei mă vor crede prost".

„Dacă ceilalţi membri ai grupului îşi vor da seama cum sînt eu de fapt, ei nu mă vor agrea".

„Am nevoie de o atenţie specială şi cred că mi s-ar fi potrivit mai bine o terapie individuală".

Se trece la jocul de rol, în cadrul căruia unul din membrii grupului exprimă cu voce tare gînduri negative automate, în timp ce terapeutul va adresa replicile raţionale, încurajîndu-i pe ceilalţi membrii ai grupului să procedeze în acelaşi mod.

Subiectul:	Gîndul automat negativ
Terapeutul (sau un alt membru al grupului):	„Problema ta este mai gravă decît a celorlalţi" „Nu pot şti acest lucru dinainte şi este posibil să nu aflu niciodată cît de serioase sînt problemele celorlalţi membri ai grupului. Gravitatea problemei cuiva este un lucru relativ. Chiar dacă problema mea este mai greu de rezolvat, asta nu înseamnă că nu voi reuşi să o rezolv în cadrul grupului".

În cadrul acestei şedinţe de psihoterapie, participanţii învaţă să evalueze gîndurile negative după metoda lui Beck (1979) şi Burns (1980 b).

Membrilor grupului li se explică şi modelul raţional-emotiv (Elis, 1962) de restructurare cognitivă.

Evaluarea gîndurilor negative automate îi ajută pe pacienţi să-şi cunoască mai bine propriile tipuri de distorsionări cognitive.

Terapeutul alege 12-15 gînduri negative automate produse de pacienţi în cadrul temelor pentru acasă şi le notează pe tablă.

Apoi pacienţii primesc lista principalelor tipuri de distorsionări cognitive, alcătuită de Burns (1980 b) după o listă mai veche a lui Beck (1976).

Această listă cuprinde următoarele tipuri de distorsionări cognitive care generează stări afective negative:

1. Gîndire de tipul: „Totul sau nimic". Subiectul evaluează lucrurile în alb-negru şi dacă o performanţă a sa nu este perfectă, el o consideră un eşec total.

2. Supragenerализarea. Subiectul consideră că un eveniment negativ singular se va produce la nesfîrşit.

3. Concentrarea asupra negativului: subiectul se centrează asupra unui eveniment negativ oarecare, se gîndeşte numai la acesta şi îl lasă să întunece toate celelalte evenimente pozitive (Burns, D. D., Feeling Good: The New Mood Therapy, New York, William Morrow, 1980, ediţia a doua în 1981.)

4. Descalificarea pozitivului. Subiectul respinge experienţele pozitive, despre care spune că „nu contează", menţinînd stilul negativ de gîndire în ciuda evidenţelor.

5. Desprinderea unor concluzii pripite. Subiectul se repede să facă interpretări negative chiar dacă nu sînt dovezi suficiente pentru a trage o astfel de concluzie. Se prezintă sub două forme:

a) citirea gîndurilor: persoana trage concluzia că cineva gîndeşte negativ despre ea, fără a se strădui să verifice dacă acest lucru este adevărat;

b) eroarea prezicătorului: subiectul anticipează că lucrurile se vor termina prost şi consideră propria predicţie ca pe un fapt incontestabil.

6. Catastrofizarea sau minimalizarea: subiectul fie că exagerează anumite lucruri (succesele celorlalţi), fie le minimalizează (propriile calităţi sau succese).

7. Judecata afectivă: subiectul consideră că propriile emoţii negative reflectă modul în care lucrurile stau cu adevărat („Dacă eu simt aşa, aşa trebuie să fie").

8. Cerinţele absolutiste. Subiectul îşi elaborează cîteva imperative categorice după care se conduce („trebuie sau nu trebuie", „este obligatoriu să..."). Dacă aceste cerinţe absolutiste sînt adresate propriei persoane, rezultă sentimente de culpabilitate; dacă ele sînt adresate celorlalţi, rezultă frustraţie, furie şi resentimente.

9. Etichetarea reprezintă o formă extremă a supragene-ralizării. Persoana în cauză, în loc să se refere la o greşeală oarecare, îşi pune eticheta negativă: „sînt un ratat". Eticheta negativă poate fi pusă şi altora. Astfel, dacă cineva s-a purtat ocazional urît cu noi, îi punem eticheta: „este un ticălos".

10. Raportarea la propria persoană: subiectul se consideră cauza unor evenimente negative externe, cu care nu are nici o legătură.

Terapeutul cere membrilor grupului să evalueze gîndurile negative automate scrise pe tablă în raport cu lista prezentată distorsionat.

Clasificarea prezentată mai sus îi ajută pe membrii grupului să-şi recunoască şi apoi să-şi modifice propriul stil de gîndire.

Prezentăm mai jos gîndurile negative automate ale unui tînăr care a fost respins de o fată căreia i-a propus o întîlnire:

„Nimeni nu va mai dori vreodată să se întîlnească cu mine" (Eroarea prezicătorului; gîndire de tip „totul sau nimic").

„Sanda va spune tuturor prietenilor ce mi s-a întîmplat şi toţi vor rîde de mine" (Eroarea prezicătorului şi tendinţa spre catastrofizare).

Recunoaşterea propriului stil distorsionat de gîndire este foarte importantă pentru aplicarea tehnicilor de restructurare cognitivă elaborate de Elis (1962).

Înainte de a prezenta principiile modelului de restructurare cognitivă, terapeutul sau coterapeutul prezintă un exemplu din viaţa sa personală, prezentarea realizîndu-se întîi sub formă narativă şi apoi aplicîndu-se conceptele terapiei raţional-emotive a lui Elis (1962).

Prezentăm mai jos un exemplu (după Sank şi Shaffer, 1984):

„Mă aflam la jumătatea unor lucrări de construcţie la casa mea, cînd constructorul m-a anunţat dintr-o dată că va pleca îndată ce-i va expira contractul (care nu prevedea încheierea lucrărilor).

M-am simţit dintr-o dată încordat şi speriat şi am început să mă gîndesc la cît de necinstit s-a purtat constructorul cu mine pentru că nu mi-a spus dinainte că are de gînd să plece. Apoi m-am gîndit că nu voi avea posibilitatea să termin construcţia, că mă va apuca iarna cu casa neterminată etc.

Totul părea să ia proporţiile unei catastrofe. Atunci mi-am amintit de principiile terapiei raţional-emotive şi mi-am adresat următoarele întrebări: „Oare sînt eu îndreptăţit să decid momentul în care constructorul meu doreşte să plece? Oare mi-a promis acesta că va rămîne pînă la sfîrşit? De ce să presupun că el a ştiut dinainte că va pleca şi că a avut intenţia expresă să mă înşele? De unde să ştiu că el nu ar fi terminat mai prost construcţia decît o altă echipă? etc.

Apoi mi-am răspuns la întrebări astfel:

«Faptul că l-am angajat pe constructor nu îmi dă dreptul să decid în legătură cu contractele lui viitoare, mai les că nu mi-a promis nimic precis în legătură cu viitorul. Mă voi consulta cu soţia şi vom căuta împreună o altă echipă de constructori...».

În urma acestui dialog interior m-am simţit mai liniştit. L-am chemat pe constructor şi am discutat în linişte termenii încheierii contractului".

Se prezintă apoi principiile modelului A B C D E a lui Elis, în care:

A = evenimentul extern activator

B = sistemul de credinţe şi convingeri ale subiectului (Beliefs system):

iB = credinţe iraţionale („irrational beliefs")

rB = credinţe raţionale („rational beliefs")

C = consecinţele

D = contraargumentarea („dispute")

E = efectele:

aE = efecte în plan afectiv

bE = efecte în plan comportamental

cE = efecte în plan cognitiv.

Evenimentul activator (A) reprezintă situaţia (inclusiv amintiri sau reverie diurnă) care produce o stare emoţională negativă.

Sistemul de credinţe (B) este reprezentat de procese psihice intermediare (gînduri, atitudini etc., care se interpun între evenimentul activator şi consecinţele pentru subiect ale acestuia).

Credinţele iraţionale (iB) reprezintă acelaşi lucru cu gîndurile negative automate şi acestea produc stări afective negative extrem de intense.

Credinţele raţionale (rB), denumite şi gînduri raţionale alternative, sînt acele gînduri care le înlocuiesc pe cele iraţionale ca rezultat al restructurării cognitive. Acestea au un caracter mai puţin extremist şi conduc la o reducere în intensitate a stărilor afective negative.

Consecinţele (C) sînt reprezentate de stările afective considerate ca fiind produse de evenimentul activator, dar care sînt de fapt consecinţa variabilelor intermediare (sistemul de credinţe). Credinţele iraţionale produc stări afective extreme cum ar fi: furia, gelozia, culpabilitatea, depresia sau anxietatea etc., precum şi stări fiziologice cu caracter patologic: supraîncărcarea musculară şi tulburări psihosomatice.

Aşa cum am mai subliniat, contraargumentarea reprezintă procesul prin care credinţele iraţionale sînt înlocuite, pe baza unor exerciţii de logică, cu credinţe mai raţionale şi mai realiste.

Membrii grupului sînt învăţaţi să-şi adreseze întrebări în legătură cu autenticitatea şi adevărul gîndurilor negative, verificîndu-le fundamentul logic, după modelul:

„Sînt eu oare sigur că evenimentul X se va produce?"

„Sînt eu 100% sigur de faptul că respectivele consecinţe vor fi dezastruoase?"

„Pe ce mă bazez cînd afirm că...?"

„De ce este atît de sigur că X va duce la...?"

„Sînt eu oare un prezicător?"

„Care este cel mai rău lucru care se poate întîmpla?"

„Oare nu există şi o altă explicaţie pentru evenimentul X?"

„Care este dovada că lucrul acesta este atît de important încît...?"

„Oare părerea lui reprezintă părerea tuturor celorlalţi?"

„Este oare situaţia X atît de importantă, încît de ea atîrnă tot viitorul meu?"

Metoda contraargumentării se aplică fiecărui tip de credinţă iraţională în parte.

Înlocuirea credinţelor iraţionale cu credinţe raţionale produce modificări pozitive (efecte E) în plan afectiv (aE), cognitiv (cE) şi comportamental (bE). Modificările afective pot reprezenta, de pildă, modificarea dispoziţiei, reducerea furiei, cele comportamentale pot implica declanşarea unui comportament orientat spre scop şi spre rezolvarea constructivă a problemelor, iar modificările cognitive se referă la formarea unui set de atitudini pozitive, care se pot generaliza şi la alte situaţii.

Prezentăm mai jos un model de aplicare a terapiei raţional-emotive într-un caz de reacţie depresivă (Sänk şi Shaffer, 1984, p. 85):

A
„Am fost concediat

iB

C „Niciodată nu voi mai găsi un alt serviciu".
Anxietate
Depresie
Dureri de cap

D

„Sînt chiar atît de sigur de acest lucru?"

rB

„Desigur nu-mi pare bine că mi-am pierdut serviciul, dar nu ştiu ce-mi va aduce viitorul. Noua mea situaţie poate să fie mult mai bună, dar şi mai rea decît cea de acum.

E

aE = „Mă simt mai puţin anxios şi deprimat şi privesc viitorul cu mai mult optimism".

bE = „Îmi caut un nou serviciu".

cE = „Acesta nu a fost unicul serviciu bun pe care aş fi putut să-l am. După această situaţie de criză voi întîlni o ocazie favorabilă".

Terapeutul le reaminteşte membrilor grupului exemplul din viaţa personală şi include fiecare parte a exemplului în modelul A B C D E.

BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Pacienţilor li se împarte şi o listă a „Gîndurilor iraţionale de bază" (Elis, 1962) şi terapeutul demonstrează asemănarea dintre gîndurile iraţionale rezultate din exemplul său şi cele din cadrul listei alcătuite de Elis (1962, citat Sank şi Shaffer, 1984, p.231).

1. Trebuie cu orice preţ, totdeauna, să obţin dragoste şi aprobare de la toate persoanele pe care le consider semnificative.

2. Trebuie să mă dovedesc totdeauna competent şi plin de succes măcar într-un domeniu important al existenţei.

3. Consider că viaţa este îngrozitoare, oribilă, catastrofală atunci cînd lucrurile nu merg aşa cum doresc eu.

4. Trebuie totdeauna să blamez, să critic şi să pedepsesc cu severitate pe oamenii care s-au purtat urît cu mine sau care sînt în general răi.

5. Dacă o situaţie devine ameninţătoare sau periculoasă, trebuie să mă preocup permanent de ea şi să mă îngrijorez din cauza ei.

6. Consider că este oribil şi îngrozitor dacă nu reuşesc să găsesc o soluţie ca lucrurile să meargă mai bine.

7. Tulburările emoţionale sînt datorate unor factori exteriori şi avem posibilitatea redusă să ne controlăm sentimente ca depresia sau ostilitatea.

8. Consider că este mai uşor să evit dificultăţile vieţii şi responsabilităţile decît să mă bucur de efectele binefăcătoare ale autodisciplinei.

9. Consider că trecutul meu este atotputernic şi că el determină sentimentele şi comportamentele mele prezente.

10. Poţi obţine fericirea prin inerţie, inactivitate şi pasivitate.

11. Atunci cînd sînt frustrat, tratat în mod nedrept sau respins, consider că lucrurile merg oribil, teribil, catastrofal.

12. Pentru a mă simţi liniştit trebuie să mă bazez pe o anumită ordine şi siguranţă sau pe o putere supranaturală.

13. Modul în care mă autoaccept şi mă valorizez depinde de performanţele mele şi de modul în care oamenii mă apreciază.

Se realizează apoi în cadrul grupului exerciţii de contraargumentare prin adresarea unor întrebări provocative credinţelor iraţionale.

Acestora li se precizează faptul că înlocuirea gîndurilor automate iraţionale nu se face instantaneu, ci este o deprindere care se formează prin exerciţiu, la fel ca deprinderea de a conduce maşina, de a cînta la pian sau de a juca tenis.

Exerciţiul se desfăşoară în modul următor: terapeutul propune un eveniment activator care să aibă un grad relativ mare de generalitate şi să nu fie excesiv de stresant pentru membrii grupului. Se prezintă apoi o listă a consecinţelor posibile în plan somatic, afectiv şi comportamental ale respectivului eveniment şi membrii grupului sînt solicitaţi să genereze credinţe iraţionale cu privire la eviment. Se trece apoi la contraargumentare, sînt generate credinţele raţionale alternative (rB). Exerciţiul se încheie cu formularea unor ipoteze referitoare la efectele pozitive în plan afectiv (aES), comportamental (bES) şi cognitiv (cES) ale credinţelor raţionale elaborate de membrii grupului.

Iată un exemplu (după Sank şi Shaffer, 1984, p. 233):

Eveniment activator: „Sînt chemat în biroul şefului şi acesta îmi pune: «există unele probleme în legătură cu lucrarea pe care ai făcut-o ieri. Revino la mine peste o jumătate de oră»".

Credinţe iraţionale	Contraargumente (Întrebări)	Credinţe raţionale alternative
Nimeni nu mă apreciază	Oare chiar nimeni nu mă apreciază?	Pot numi cîteva persoane care mă apreciază.
2. Toţi vor observa ce s-a întîmplat şi vor gîndi rău despre mine.	Ce înseamnă toţi? Cît este de probabil să afle toţi ce s-a petrecut? Şi dacă ei află, oare vor gîndi chiar rău despre mine? Şi ce dacă vor gîndi astfel?	Nu sînt sigur că aflarea a ceea ce s-a petrecut îi va face pe colegi să mă dispreţuiască. Cei care mă interesează n-o vor face.
3. Sînt incompetent	Oare eu fac totdeauna lucruri proaste? A reface o lucrare înseamnă incompetenţă?	Cu diverse ocazii am fost felicitat pentru munca mea. Nimeni nu lucrează perfect tot timpul.
4. Voi fi concediat şi nu voi mai găsi un alt serviciu.	Ce dovezi am că voi fi concediat pentru asta? Sînt chiar aşa de sigur că nu voi găsi un alt serviciu care să-mi convină?	Nimeni nu a fost concediat aici pentru astfel de fleacuri. Se găsesc nenumărate servicii care mi-ar conveni.

Şedinţa a cincea: Întărirea deprinderilor de restructurare cognitivă

În cadrul acestei şedinţe, pacienţii îşi împărtăşesc unii altora experienţa în ceea ce priveşte combaterea gîndurilor negative şi învaţă să aplice respectiva tehnică la un număr cît mai mare de situaţii de viaţă.

Membrii grupului sînt invitaţi să-şi prezinte temele pentru acasă, teme în cadrul cărora au avut ca sarcină să aplice metoda identificării şi combaterii gîndurilor iraţionale automate pentru rezolvarea unor probleme personale.

Terapeutul insistă mai ales pe exemplele reuşite care sînt prezentate drept modele celorlalţi membri ai grupului. Apoi participanţilor li se cere să prezinte o listă a gîndurilor negative automate pe care nu au fost capabili să le contracareze, precum şi a situaţiilor pentru care nu au izbutit să identifice gîndurile negative care le provoacă şi le menţin. Grupul va lucra asupra acestora, subiecţii oferindu-se voluntari pentru identificarea şi contracararea gîndurilor iraţionale prezentate.

Aceste exerciţii au printre altele şi menirea să sporească coeziunea grupului şi să reducă dependenţa acestuia faţă de lider. Dacă membrii grupului au reţineri în a prezenta situaţii stresante cu caracter personal, li se poate sugera să noteze pe o foaie de hîrtie respectivele situaţii şi gînduri negative. Foile rămîn anonime şi un membru al grupului trage la sorţi una sau mai multe situaţii asupra cărora se va lucra în grup.

Membrii grupului împreună cu terapeutul vor analiza situaţia, vor identifica gîndurile iraţionale automate care menţin stările afective negative, vor proceda la contraargumentarea şi combaterea acestora şi în cele din urmă le vor înlocui cu gînduri alternative mai raţionale.

Metoda anonimatului prezintă avantajul că membrii grupului pot afla moduri alternative de a aborda propria lor problemă, fără a realiza o autodezvăluire care, într-o anumită etapă a terapiei, poate fi anxiogenă.

Dezavantajul metodei constă în aceea că un membru al grupului care analizează problema altei persoane poate să nu pătrundă în esenţa ei, ceva îl poate face pe subiectul care trăieşte cu adevărat respectiva situaţie să se simtă frustrat.

Din fericire, acest neajuns este contracarat de însăşi dinamica grupului, membrii acestuia adresînd întrebări şi trecînd de la dezbaterea unei probleme la alta. Membrilor grupului li se dau apoi din nou teme pentru acasă, teme în cadrul cărora li se cere, de data aceasta, să evalueze cît de puternic au simţit emoţiile negative şi cît de mult sînt con-

vinşi de veridicitatea gîndurilor iraţionale automate, precum şi a gîndurilor raţionale care le vor înlocui.

Evaluarea se realizează după următorul model (Sank şi Shaffer, 1984, p. 227):

I. Eveniment activator:
II. Credinţe iraţionale
(gînduri automate)

Evaluare iniţială	Evaluare finală
1.	1. .....
2.	2. .....

III. Lista de consecinţe:
(emoţii negative, disconfort fizic)

Evaluare iniţială	Evaluare finală
1.	1. .....
2.	2. .....

IV. Credinţe raţionale
(gînduri raţionale alternative)
Evaluare:
1. .....
2. .....

V. Lista efectelor
în plan afectiv, comportamental şi cognitiv
Evaluare:
1. .....
2. .....

Subiectului i se cere să reevalueze credinţele iraţionale şi consecinţele lor negative după ce a realizat procesul de combatere şi înlocuire a acestora cu gînduri alternative mai raţionale.

Evaluarea se face pe o scală de la 1 la 100, în care:

1 = foarte puţin
100 = extrem de intens

Motivul pentru introducerea acestor evaluări şi reevaluări ale gîndurilor şi emoţiilor negative constă în aceea că

subiectul începe să capete treptat sentimentul autocontrolului propriilor stări afective, chiar dacă progresele se realizează cu paşi mici. În felul acesta, pacienţii se eliberează treptat de tirania modului de gîndire „totul sau nimic". („Dacă am încercat şi mă simt deprimat înseamnă că metoda nu e bună".).

Un alt avantaj al evaluării şi reevaluării gîndurilor automate constă şi în aceea că subiectul începe să creadă treptat tot mai mult în gîndurile pozitive alternative, o dată cu scăderea încrederii sale în cele negative iniţiale.

Acest procedeu poate zdruncina opinia pacienţilor începători care se plîng frecvent de faptul că degeaba notează pe hîrtie gînduri pozitive, ca o replică la cele negative, dacă tot nu cred în ele!

Prin metoda reevaluărilor, subiectul ajunge să sesizeze modificări gradate în sistemul său iniţial de convingeri.

Şedinţa a şasea: Întărirea deprinderilor de restructurare cognitivă

În cursul acestei şedinţe, terapeutul caută să se asigure în ce măsură fiecare membru al grupului şi-a însuşit corect tehnica de identificare, combatere şi înlocuire a gîndurilor negative automate, generatoare de stări afective disfuncţionale.

Participanţilor li se dă tot mai multă autonomie şi ei încep treptat să preia rolul terapeutului, aplicînd tehnica pentru soluţionarea problemelor celorlalţi.

Obiectivul acestei şedinţe constă în a-i determina pe pacienţi să aplice în mod independent tehnicile de terapie cognitiv-comportamentală pentru restructurarea propriului lor sistem de gîndire. În această şedinţă sînt solicitaţi să discute în grup temele pentru acasă.

Un voluntar va prezenta dificultăţile pe care le-a întîmpinat în combaterea gîndurilor negative sau va expune o problemă pe care doreşte s-o abordeze. Terapeutul poate să-l ajute pe subiectul voluntar în descrierea situaţiei (eveniment

activator), în identificarea şi evaluarea emoţiilor negative şi în elaborarea listei de gînduri negative automate.

Se va utiliza apoi tehnica exteriorizării vocii interioare (joc de rol), în cadrul căreia subiectul voluntar va prezenta lista gîndurilor negative, iar terapeutul şi membrii grupului vor proceda la combaterea acestora.

Pe măsură ce voluntarul se convinge tot mai mult de caracterul logic al contraargumentelor aduse, se pot inversa rolurile şi în felul acesta pacientul care a exprimat gîndurile negative va aduce acum contraargumentele necesare pentru combaterea lor. Prezentăm mai jos un exemplu (Sank şi Shaffer, 1984, p. 102).

Subiectul voluntar: „Problema este că mă izolez de oameni şi astfel ultima mea relaţie apropiată a luat sfîrşit. Mă simt anxios şi deprimat".

Terapeutul: „Cum ai evalua depresia ta pe o scală de la 1 la 100, unde 100 ar însemna maximum de deprimare?"

V: „85%".

T: „Dar cum ai evalua anxietatea pe care o simţi?"

V: „90%".

T: „Te rog să-mi spui ce gînduri îţi vin în minte atunci cînd te simţi anxios şi deprimat".

V: „Ai devenit rece şi închis şi nimeni nu va mai veni spre tine acum".

T sau un membru al grupului: „Îmi este puţin teamă să mă mai implic acum, după ce am fost lovit, dar asta nu înseamnă că mă voi simţi mereu aşa".

V: „Dacă vei dărîma zidurile pe care le-ai construit în jurul tău, ceilalţi vor profita de tine".

T sau G: „Nu ştiu dacă acest lucru este adevărat. Dacă aşa stau lucrurile, ar mai trebui să lucrez asupra vulnerabilităţii mele în faţa celorlalţi. Aceasta nu înseamnă că trebuie să rup orice relaţie de acum încolo".

V: „Dacă cineva ajunge să te cunoască, te va respinge în mod sigur".

T sau G: „Nu am nimic îngrozitor în fiinţa mea, în aşa fel încît să nu pot fi iubit. Oamenii au ţinut la mine şi înainte. Dacă am probleme în stabilirea unor relaţii apropiate, va trebui să lucrez asupra lor, atît în grup, cît şi individual. Nu e nevoie să fiu perfect pentru a avea o relaţie satisfăcătoare".

V: „A nu fi împreună cu ceilalţi înseamnă că vei rămîne singur toată viaţa".

T sau G: „Am dreptul să-mi revin după ce am pierdut o persoană la care am ţinut foarte mult. Este normal să caut să mă protejez după ce am suferit atît de mult. Aceasta nu înseamnă că mă voi afla în convalescenţă pentru tot restul vieţii. Nu sînt prezicător şi nu pot să ştiu dacă am pierdut chiar marea iubire a vieţii mele".

T: „Acum vom schimba rolurile şi dumneata vei juca rolul vocii raţionale, în timp ce eu, împreună cu grupul, vom exprima gîndurile tale negative".

După încheierea acestei etape, terapeutul adresează din nou întrebări pacientului care s-a oferit ca voluntar:

T: „Cum ai evalua acum depresia dumitale pe scala de la 1 la 100?"

V: „50%"

T:„Cum ai evalua starea de anxietate pe care o trăieşti?"

V: „45%"

În cazul în care apar modificări în evaluarea stărilor negative, se va supune dezbaterii grupului problema legată de faptul dacă gîndurile negative automate au fost într-adevăr relevante pentru producerea stărilor afective disfuncţionale şi se vor căuta şi alte replici raţionale, care pot fi mai productive.

Şedinţa a şaptea

În această etapă, fiecare membru al grupului are o întîlnire individuală cu terapeutul care a realizat interviul

preliminar. Obiectivul acestei şedinţe îl reprezintă verificarea progreselor pe care le-au realizat pacienţii în cursul şedinţelor anterioare. Întîlnirea cu fiecare pacient durează între 30 şi 60 de minute.

Se revăd, de asemenea, obiectivele terapeutice pentru partea a doua a programului de terapie, respectiv pentru modurile de antrenament asertiv şi rezolvare de probleme.

Terapeutul are acum ocazia să comunice pacientului anumite observaţii cu privire la modul în care se comportă în grup, mai precis cu privire la stilul său interpersonal. Pentru majoritatea pacienţilor aceasta reprezintă o experienţă agreabilă. Există însă şi situaţii în care terapeutul îi comunică pacientului unele aspecte mai puţin plăcute în legătură cu modul său de a se comporta, însă acest lucru, deşi nu face plăcere pacientului, trebuie realizat cu mult tact pentru a stimula dorinţa de schimbare şi de evoluţie a acestuia.

Şedinţa a opta

Şedinţele 8 – 11 au drept obiectiv principal învăţarea antrenamentului asertiv. Se repetă, în acelaşi timp, şi se perfecţionează deprinderile de relaxare.

Antrenamentul asertiv se bazează mai ales pe jocul de rol şi abilitatea terapeutului constă în a stimula dorinţa participanţilor de a juca diverse roluri. Jocul de rol se realizează în etape succesive: la început terapeutul propune un scenariu, apoi se aleg drept scenarii situaţii cu caracter universal şi abia într-o fază mai avansată pacienţii vor juca scene din propria lor existenţă.

Deşi dezvoltarea comportamentului asertiv reprezintă obiectivul prioritar, restructurarea cognitivă va continua să fie în atenţia terapeutului, aceasta reprezentînd o parte integrantă a asertivităţii, pentru că atît pasivitatea, cît şi agresivitatea reprezintă rezultatul unui stil distorsionat de gîndire, precum şi moduri deficitare de comportament.

Înainte de a se expune bazele antrenamentului asertiv, membrii grupului realizează un exerciţiu de relaxare, exerciţiu care are ca obiectiv relaxarea întregului corp, fără ca subiectul să se concentreze asupra unei anumite grupe de muşchi. Acest exerciţiu dă rezultate doar după ce deprinderile de bază în practicarea relaxării au fost formate.

Instructajul administrat este următorul:

„Aşezaţi-vă confortabil pe scaun şi concentraţi-vă pasiv asupra respiraţiei. Inspiraţi şi expiraţi liniştiţi, calm, prelungind uşor expiraţia. Cu fiecare expiraţie, corpul se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult, tot mai mult. Acum imaginaţi-vă că relaxarea vă inundă ca o lumină aurie care cuprinde tot corpul. O dată cu fiecare expiraţie vă relaxaţi tot mai mult şi lumina aurie, plăcută vă cuprinde tot corpul, revărsîndu-se din creştetul capului pînă la picioare. Întregul corp se relaxează tot mai mult, din ce în ce mai mult, fiind scăldat în lumina aurie plăcută, caldă, odihnitoare. Vă simţiţi tot mai liniştiţi, tot mai relaxaţi, cuprinşi de o stare de calm, încredere şi pace interioară".

Terapeutul va trece la explicarea conceptului de asertivitate, definind alternativele comportamentului asertiv: agresivitatea şi pasivitatea (comportamentul nonasertiv). Comportamentul agresiv se caracterizează prin încălcarea drepturilor celorlalţi, prin lezarea sentimentelor acestora, adresarea de invective, utilizarea unui ton ridicat, precum şi prin alte acţiuni care lovesc alte persoane şi le determină să declanşeze reacţii defensive.

Comportamentul nonasertiv constă în negarea propriilor drepturi. Subiectul nu-şi apără interesele şi nu îşi exprimă sentimentele. Acest tip de comportament poate conduce şi la o comunicare cu caracter indirect, care creează uneori confuzii.

Comportamentul asertiv se caracterizează prin aceea că nu se încalcă nici drepturile personale, nici ale celorlalţi, subiectul exprimîndu-şi sentimentele şi preferinţele într-un

mod deschis şi onest şi într-o manieră socialmente adecvată. Acest mod de comportament se caracterizează printr-o atitudine de respect faţă de sentimentele celorlalţi şi facilitează comunicarea bilaterală.

Terapeutul exemplifică cele trei tipuri de comportamente prin intermediul următorului exemplu (Sank şi Shaffer, 1984, p. 117):

„Tocmai aţi fost examinat de medicul dv. curant care vă prescrie un medicament necunoscut, fără să vă pună un diagnostic. Medicul pare grăbit. Aţi dori să vi se pună un diagnostic şi să vi se explice cîte ceva în legătură cu noul medicament?".

1) Comportament agresiv:

„Niciodată nu am să mai vin la cabinetul dumneavoastră. Niciodată nu am fost tratat atît de prost. Orice medic care îşi merită salariul ar fi stat de vorbă cu mine şi mi-ar fi explicat despre ce este vorba. Aţi merita să vi se suspende titlul de medic. Nu încercaţi să-mi explicaţi nimic. O să ne mai întîlnim noi!"

2) Un pacient nonasertiv fie nu va spune nimic, fie se va exprima într-o manieră indirectă, astfel încît cele spuse de el nu vor fi luate în seamă:

Pacientul: „Domnule doctor, nu aş vrea să vă plictisesc, dar mă întreb... oare de ce am senzaţia de acru în gură?"

Medicul: „Nu-ţi face griji. Ia medicamentul pe care ţi l-am prescris şi te vei simţi mult mai bine. Telefonează-mi dacă mai ai probleme".

Pacientul: „Aş vrea să ştiu..., dar nu e nimic..., lăsaţi...":

Medicul: „Trebuie să plec acum. Dacă nu te simţi bine cu reţeta mea, telefonează-mi. La revedere şi o zi bună!"

Pacientul: „La revedere, domnule doctor".

3) Comportament asertiv:

Pacientul: „Domnule doctor aş dori să ştiu ce diagnostic am şi cîte ceva despre medicamentul pe care mi l-aţi prescris".

Medicul: „Ia toate pastilele şi totul va fi bine".

Pacientul: „Nu mă simt în largul meu luînd un medicament necunoscut şi fără să ştiu care este cauza bolii mele. V-aş fi foarte recunoscător dacă mi-aţi mai acorda cîteva minute pentru a-mi răspunde la aceste întrebări".

Antrenamentul asertiv este descris ca fiind o metodă de reducere a anxietăţii şi depresiei.

Terapeutul furnizează exemple în legătură cu diverşi subiecţi care au devenit deprimaţi pentru că nu au avut curajul să-şi exprime stările afective şi să lupte în mod activ pentru realizarea scopurilor lor în viaţă.

Se subliniază faptul că studiile experimentale au demonstrat o corelaţie negativă între comportamentul asertiv şi depresie (Shaffer, Shapiro, Sank şi Coghnal, 1981), precum şi faptul că antrenamentul asertiv conduce la o îmbunătăţire a imaginii de sine (Lange şi Yacubowski, 1976). De asemenea, s-a demonstrat experimental legătura dintre comportamentul nonasertiv şi simptomele somatice ale anxietăţii: cefalee, tulburări digestive, dureri de spate, supraîncordare musculară etc. (Yakubowski, Spector, 1973).

Pentru ca subiecţii să înţeleagă mai bine mecanismele comportamentului asertiv, acesta este prezentat sub forma a două subcomponente: aspectul cognitiv şi aspectul comportamental.

Componenta cognitivă implică un anumit mod de gîndire care, de regulă, îl împiedică pe individ să fie asertiv.

Iată un exemplu:

„Dacă le voi spune ceea ce simt cu adevărat, ei nu mă vor iubi şi acest lucru ar fi insuportabil".

„Părerile mele nu sînt atît de importante încît să vorbesc despre ele".

„Nu ar trebui să am astfel de sentimente, aşa că ar fi mai bine să le ţin pentru mine."

Gîndurile de acest tip blochează comunicarea sinceră şi deschisă cu ceilalţi. Din acest motiv, membrii grupului tre-

buie să conştientizeze legătura dintre comportamentul asertiv şi restructurarea cognitivă. Terapeutul îi va solicita să continue în timpul şedinţelor de psihoterapie, precum şi în cadrul temelor pentru acasă, să-şi dezvolte deprinderile de a combate gîndurile disfuncţionale.

Componenta comportamentală a asertivităţii include: contactul vizual, mimica şi pantomimica, postura, tonul şi modulaţiile vocii, conţinutul şi momentul administrării unui mesaj.

Contacul vizual: o persoană asertivă îşi priveşte interlocutorul în ochi. Lipsa contactului vizual poate transmite mesaje nedorite de tipul: „eu nu sînt convins de ceea ce spun" sau „îmi este foarte frică".

Tonul vocii: cel mai asertiv mesaj îşi va pierde din semnificaţie dacă va fi exprimat cu o voce şoptită (aceasta va da impresia de nesiguranţă) sau prea tare, fapt ce ar putea activa comportamentul defensiv al interlocutorului.

Postura: poziţia corpului unei persoane asertive diferă de la situaţie la situaţie. Totuşi, se apreciază că, în majoritatea cazurilor, subiectul trebuie să stea drept: nici prea rigid, pentru că aceasta exprimă o stare de încordare, nici prea relaxat, pentru că ceilalţi ar putea interpreta o astfel de poziţie ca fiind lipsită de respect.

Mimica: pentru ca un mesaj să aibă caracter asertiv, mimica trebuie să fie adecvată şi congruentă cu conţinutul mesajului. Astfel, de pildă, dacă cineva zîmbeşte atunci cînd afirmă că ceva îl supără, oferă interlocutorului o informaţie ambiguă, care alterează sensul comunicării.

Momentul administrării mesajului: cel mai eficient mesaj asertiv îşi pierde semnificaţia dacă este administrat într-un moment nepotrivit. Astfel, de pildă, nici un şef nu va răspunde favorabil la o cerere de mărire a salariului, oricît de bine formulată este aceasta, dacă angajatul îl abordează atunci cînd se pregăteşte să se prezinte în faţa unei comisii de control a firmei.

Conţinutul: chiar dacă toate celelalte condiţii sînt respectate, mesajul nu-şi atinge scopul dacă este prea agresiv, cu intenţia de a-l blama pe celălalt sau, dimpotrivă, exprimat prea timid şi într-un mod pasiv. Conţinutul unui mesaj asertiv trebuie să fie precis, descriptiv şi direct.

Se trece apoi la realizarea unor exerciţii de joc de rol, care au loc, aşa cum am mai subliniat, în trei etape.

1. Participanţilor li se înmînează scenarii gata făcute şi ei trebuie să citească răspunsul asertiv la o situaţie particulară, ca în exemplul de mai jos:

„Vă aflaţi singur la o petrecere şi observaţi o persoană care vă atrage foarte mult şi pe care aţi dori să o cunoaşteţi. Vă îndreptaţi spre persoana respectivă şi realizaţi următorul dialog:

Subiectul: „Bună seara. Numele meu este ..... Mi-a fost imposibil să nu observ ce broşă minunată purtaţi. Este cu adevărat formidabilă".

Necunoscuta: „Am primit-o în dar de la mama mea".

Subiectul: „Este un obiect de artă. Sînteţi prietenă cu (se pronunţă numele gazdei)? Nu o cunosc de mult timp, dar îmi face mare plăcere că m-a invitat la această petrecere. De unde o cunoaşteţi pe Ana?"

Necunoscuta: „Am fost colege de liceu şi, ne-am reîntîlnit întîmplător luna trecută şi astfel am reluat relaţia de prietenie".

Subiectul: „Cred că a fost o surpriză plăcută să vă reîntîlniţi după atîta timp. Ce liceu aţi terminat?" etc.

În a doua etapă terapeutul propune o situaţie oarecare şi membrii grupului sînt solicitaţi să se comporte în mod asertiv în situaţia respectivă.

Jucarea unor situaţii impersonale are un caracter mai puţin ameninţător decît jucarea unor situaţii din viaţa personală a participanţilor, care se va face abia în etapa a treia.

Iată un exemplu de astfel de situaţii:

„Vă simţiţi deja obosit şi supraîncărcat şi şeful vă mai trasează o sarcină suplimentară pe care credeţi că ar putea-o îndeplini un alt angajat. Vă propuneţi să discutaţi cu şeful şi să-l determinaţi să-şi schimbe hotărîrea, explicîndu-i motivele dumneavoastră".

Etapa a treia se adresează mai ales membrilor grupului care au mai multă încredere în sine şi se simt în stare să lucreze asupra problemelor lor personale în prezenţa grupului. Aceştia vor juca scene din viaţa lor personală.

La început, un membru al grupului prezintă situaţia, îşi alege un partener şi îi explică acestuia cum trebuie să se comporte în conformitate cu scenariul.

Există posibilitatea ca scena respectivă să fie jucată înainte de către terapeut şi un membru al grupului sau de către doi membri ai grupului pentru a oferi celui în cauză un model. După încheierea scenei, terapeutul comentează jocul de rol, adresînd mai ales feedback-uri pozitive, de tipul:

„Ai stabilit un bun contact vizual".

„A fost foarte bine, dar data viitoare încearcă să vorbeşti puţin mai tare" etc.

Şedinţa a noua

În cadrul acestei şedinţe se perfecţionează tehnica antrenamentului asertiv, utilizîndu-se atît situaţii propuse de către terapeut, cît şi jucarea unor scene din viaţa personală a participanţilor.

Obiectivul acestei etape a psihoterapiei constă în a-i face pe membrii grupului să recunoască situaţiile care solicită un comportament asertiv, să se comporte ca atare în respectivele situaţii şi să exerseze comportamentul asertiv şi în afara şedinţelor de psihoterapie. În această şedinţă se realizează următoarele exerciţii de comportament asertiv:

1. *Metoda „discului stricat"* (Smith, 1975)

Subiectul trebuie să-şi afirme punctul de vedere repetîndu-l de mai multe ori, fără să se înfurie sau să blameze pe ceilalţi. Această metodă este foarte utilă în cazul unor persoane cu care subiectul nu se află în relaţie apropiată şi care refuză să-şi asume responsabilitatea propriilor greşeli.

Iată un exemplu (Sank şi Shaffer, 1984, p. 127):

„Vineri, după serviciu, am telefonat la un restaurant şi am comandat o pizza super de dimensiuni medii. Angajatul care a primit comanda nu cunoştea bine limba engleză şi după cinci minute de discuţii, acesta mi-a spus că există două tipuri de pizza, denumite „super" şi „super extra". Am mai discutat încă cinci minute încercînd să înţeleg care este diferenţa între pizza super şi pizza super extra. Am sfîrşit prin a comanda pizza super, dar fără carne de porc. Cînd am ajuns la restaurant, comanda era gata, dar la casă mi s-a cerut cu trei dolari mai mult decît plătisem de obicei. Am întrebat de ce a apărut această diferenţă şi mi s-a spus că am comandat pizza super extra şi nu una super, dar fără carne.

Am refuzat să plătesc diferenţa de preţ şi am făcut o reclamaţie. În acel moment, angajatul care nu vorbea bine limba engleză a apărut şi a încercat să mă forţeze să plătesc diferenţa de preţ, afirmînd că este greşeala mea şi nu a lui. În acel moment mi-am propus să aplic tehnica «discului stricat» dar mi-am dat seama că datorită problemelor de limbă, metoda nu va da rezultate, aşa că am cerut să vorbesc cu şeful, cu care metoda s-a dovedit eficientă, aşa că nu am plătit diferenţa de preţ".

Dialogul purtat cu şeful a fost următorul:

Subiectul: „Am comandat o pizza super fără carne de porc şi mi s-au cerut trei dolari în plus. Nu doresc să plătesc această sumă".

Şeful restaurantului: „Aţi primit o pizza super extra cu brînză şi condimente în loc de carne".

Subiectul: „Aceasta este pizza pe care o comand de obicei şi nu sînt dispus să plătesc trei dolari în plus pentru o eroare pe care nu am comis-o".

Şeful: „Faptul că nu a fost pusă carne de porc nu înseamnă că aţi comandat alt produs. Nu avem preţuri speciale pentru dumneavoastră".

Subiectul: „De la biroul de reclamaţii mi s-a spus că sînt posibile mai multe combinaţii cînd se pregăteşte pizza. Nu intenţionez să plătesc cei trei dolari în plus".

Şeful: „Bine. Nu veţi plăti, dar data viitoare vă rog să fiţi mai exact atunci cînd faceţi comanda".

Subiectul: „Vă mulţumesc".

2. *Metoda „dezamorsării (Smith, 1975) sau a „dezarmării adversarului"*

Metoda constă în a identifica un element cu care subiectul este de acord în discursul unei persoane care îl atacă verbal. În felul acesta, furia celuilalt este calmată pentru că nu mai este alimentată cu afirmaţii defensive sau agresive.

În cazul în care subiectul se apără, atacatorului i se trezeşte agresivitatea şi consideră că atacurile sale sînt justificate. În cazul în care cel atacat se arată de acord măcar cu o mică parte din reproşurile care i se aduc, atacatorului i se pare că opiniile sale sînt acceptate şi că cealaltă persoană este dispusă la dialog şi la schimbare.

Iată un exemplu de astfel de dialog în cadrul căruia soţia este cea care atacă (Sank şi Shaffer, 1984, p. 128).

Soţia: „Cămaşa asta îţi stă oribil. Niciodată nu te îmbraci ca lumea cînd mergem în vizită".

Soţul: „Nu este cămaşa mea favorită. Dar ce nu-ţi place la ea?"

Soţia: „Este şifonată şi nici culoarea nu ţi se potrtiveşte. Nu ai gust la îmbrăcăminte şi mă faci să mă simt prost în lume".

Soţul: „Îmi pare rău că te-am făcut să te simţi prost. Nu sînt prea expert în alegerea hainelor. Poate ai vrea să mă ajuţi să aleg ce voi purta în seara asta".

Soţia: „Sigur că am să te ajut. Iartă-mă că mi-am ieşit din fire. Îţi mulţumesc că mi-ai atras atenţia. Poate mergem la cumpărături împreună în weekend-ul viitor, ce zici?"

Şedinţa a zecea

Terapeutul va prezenta grupului alte tehnici avansate de antrenament asertiv, care se potrivesc mai ales atunci cînd membrii grupului sînt dispuşi să joace scene din viaţa lor personală.

Tehnicile utilizate aparţin lui Gordon (1970). Ele constau în:

1. Utilizarea unor mesaje adevărate legate de propria persoană (afirmaţiile care încep cu pronumele „eu");
2. Metoda ascultării active.

Să le examinăm pe rînd.

1. Învăţînd să utilizeze în mod adecvat pronumele personal „eu", membrii grupului vor reuşi să-şi comunice sentimentele fără a declanşa la ceilalţi reacţii defensive, agresive şi fără a le leza sentimentele. Un mesaj adecvat care utilizează pronumele „eu" conţine o descriere adecvată a comportamentului celorlalţi, precum şi efectele pe care acesta le are asupra persoanei în cauză.

Prezentăm în cele ce urmează un astfel de mesaj:

„Eu sînt foarte supărată atunci cînd tu întîrzii la masă, pentru că mi-am dat toată silinţa să gătesc ceva deosebit şi atunci cînd trebuie să servesc mîncarea rece simt că toate eforturile mele au fost inutile".

Gordon (1970) realizează o distincţie între mesajele care încep cu „eu" şi cele care încep cu „tu". Acestea din urmă conţin o notă de reproş şi supărare, ca de pildă:

„Tu întîrzii întotdeauna la masă. Eşti egoist şi nepoliticos. Tu nu ai decît să-ţi găteşti singur de acum încolo".

Mesajele care încep cu „eu" contribuie la o mai bună comunicare şi înţelegere reciprocă, pe cînd cele care încep cu „tu" conduc la neînţelegere, slabă comunicare şi discuţii în contradictoriu.

Terapeutul va prezenta membrilor grupului diferenţa dintre mesajele care încep cu „eu" şi cele care încep cu „tu", prin intermediul tehnicii jocului de rol, ca în exemplul de mai jos:

Într-un magazin de pantofi, un client se adresează vînzătorului avînd în mînă o pereche de pantofi frumoşi, dar care nu au amîndoi aceeaşi măsură:

◆ Mesaj care începe cu „tu" sau cu „dumneata":

„Ce fel de magazin este acesta? Oare dumneata nu poţi găsi perechea acestui pantof? Probabil că nici nu încerci! Nu o să vă meargă afacerile dacă nu reuşiţi să faceţi pe plac clienţilor!"

Răspunsul vînzătorului: „V-am mai spus o dată că nu am alţi pantofi. M-am uitat o dată şi nu mai am intenţia să mă mai uit încă o dată. Ori cumpăraţi aceşti pantofi, ori mergeţi în altă parte. Nu sînt dispus să mai ascult acuzaţiile dumneavoastră".

◆ Mesajul care începe cu „eu":

„Mă simt tare necăjit că am alergat prin tot oraşul după nişte pantofi ca aceştia şi acum, cînd în sfîrşit i-am găsit, sînt desperecheaţi! Fiţi amabil, puteţi să mai verificaţi o dată în depozit, unde pot să mai fie nişte pantofi desperecheaţi în altă cutie!"

Răspunsul vînzătorului: „Înţeleg ce simţiţi. Mă îndoiesc că voi găsi perechea la pantoful pe care îl doriţi, dar voi mai încerca o dată. Dacă nu găsesc, voi încerca şi la magazinele din jur, să văd dacă nu găsesc acolo ceea ce vă trebuie!"

2. *Metoda ascultării active*

Prin intermediul acestei metode i se comunică interlocutorului faptul că ceea ce spune el este auzit şi înţeles.

Tehnica implică parafrazări şi rezumări ale celor auzite. Metoda prezintă avantajul că interlocutorul este convins că a fost înţeles înainte de a primi un răspuns asertiv. În acelaşi timp, neînţelegerile din cadrul comunicării pot fi corectate rapid, chiar în timpul desfăşurării conversaţiei.

Iată un exemplu (Sank şi Shaffer, 1984):

Angajatul: „Consider că lucrez foarte mult, dar munca mea nu este recunoscută. Nu mi s-a mărit niciodată salariul de cînd sînt aici şi nici măcar nu am fost lăudat. Cred că o să-mi caut un alt loc de muncă".

Patronul: „Se pare că acest serviciu nu ţi-a adus prea multe satisfacţii, nu-i aşa?"

Angajatul: „Aşa este. Mă simt frustrat şi mă întreb ce caut eu oare aici?"

Patronul: „Te simţi atît de dezamăgit încît te gîndeşti chiar să-ţi dai demisia!"

Angajatul: „Ei, nu ştiu dacă voi merge atît de departe, dar aş vrea să ştiţi cît de nedreptăţit mă simt".

Referindu-se la aceeaşi tehnică, Burns (1980) subliniază rolul întrebărilor şi al comunicării empatice în calmarea reacţiilor agresive ale interlocutorului. Mai precis, subiectul care este agresat trebuie să adreseze întrebări în legătură cu cauzele enervării celuilalt şi să facă dovada înţelegerii empatice a punctului de vedere al agresorului.

Prezentăm mai jos, pentru exemplificare, următorul dialog (Sank şi Shaffer, 1984, p. 137):

Soţul: „Îţi pierzi o grămadă de timp cu prietenele şi cînd am nevoie de tine eşti totdeauna foarte ocupată. Relaţia noastră nu se mai numeşte căsătorie. Sîntem un fel de colegi de apartament şi nici măcar aşa nu ne înţelegem prea bine!".

Soţia: „Dar ce am spus sau am făcut în aşa fel încît să crezi că nu-ţi acord suficientă atenţie?"

Soţul: „Nu eşti niciodată acasă atunci cînd aş dori să facem un lucru împreună, iar cînd ajungi acasă şi vreau să stau de vorbă cu tine, spui că eşti prea obosită".

Soţia: „Acum înţeleg! Tu crezi că eu sînt prea implicată în activităţi în afara casei. Şi eu m-aş simţi singură dacă tu ai proceda la fel".

Soţul: „Sigur că te-ai simţi singură. Si eu mă simt părăsit, lovit şi mă tem că relaţia noastră se destramă".

Tehnica prezentată mai sus contribuie la stingerea conflictelor şi permite interlocutorilor să se liniştească suficient de mult pentru a fi capabili să examineze şi punctul de vedere al celuilalt.

În încheierea şedinţei de psihoterapie, participanţii sînt solicitaţi să prezinte exemple din viaţa personală, pentru a fi transformate în scenarii pentru jocul de rol. Subiecţilor care nu se oferă ca voluntari pentru a prezenta scene din propria lor viaţă li se trasează ca temă pentru acasă elaborarea unor astfel de situaţii, care să poată fi prezentate în şedinţa viitoare de psihoterapie.

Şedinţa a unsprezecea

În cadrul acestei şedinţe, terapeutul îi învaţă pe membrii grupului tehnica rezolvării conflictelor. Se insistă, de asemenea, pe aprofundarea abilităţilor de restructurare cognitivă şi pe utilizarea tehnicii jocului de rol pentru rezolvarea problemelor personale ale clienţilor.

Tehnica rezolvării conflictelor a fost pusă la punct de Gordon în anul 1970, autorul utilizînd-o la început pentru soluţionarea neînţelegerilor dintre părinţi şi copii. Ulterior, tehnica s-a dovedit utilă şi în rezolvarea unor conflicte între adulţi: soţ – soţie, oameni de afaceri etc.

Metoda rezolvării conflictelor nu reprezintă altceva decît o combinaţie între ascultarea activă, formularea unor mesaje care încep cu „eu", tehnica întrebărilor şi comunicarea empatică.

O dată ce punctul de vedere al celuilalt este înţeles şi ambii parteneri sînt de acord în legătură cu definirea problemei, se poate negocia o soluţie convenabilă pentru ambii parteneri:

„Care ar fi soluţia care te-ar satisface?"

„Ce-ar fi să căutăm mai multe căi de a rezolva problema care ne frămîntă?"

În loc să comande, să solicite sau să-l manipuleze pe celălalt, subiectul este învăţat să ajungă la un compromis rezonabil, rezultat în urma unui proces de cooperare între doi parteneri egali.

Prezentăm în cele ce urmează un model de situaţie în cadrul căreia se aplică tehnica rezolvării conflictelor (Sank şi Shaffer, 1984, p. 145):

Soţul este pus în situaţia de a-şi anunţa soţia că vor fi vizitaţi în timpul verii de copiii săi din prima căsătorie. Soţia este profund nemulţumită de situaţie pentru că realizează faptul că prezenţa acestora îi va încurca viaţa, mai ales că cei doi copii nici nu-i prea plac.

Dialogul se va desfăşura în felul următor:

Soţul: „Iubito, copiii mei doresc să-şi petreacă vacanţa la noi."

Soţia: „Acest lucru mă nemulţumeşte mult pentru că mi-am făcut o serie de proiecte pentru vara aceasta şi, în plus, tu ştii că eu nu mă înţeleg prea bine cu fetele".

Soţul: „Ai într-adevăr multe lucruri de făcut vara aceasta şi înţeleg că nu-ţi face plăcere să stai împreună cu fetele. Există vreo posibilitate ca să facem în aşa fel încît vizita lor să fie mai suportabilă pentru tine? Este foarte important pentru mine să stau cu ele în această vacanţă!"

Soţia: „Înţeleg ce simţi şi vom vedea ce putem face pentru ca vizita lor să fie mai puţin neplăcută pentru mine. Ar fi bine, de pildă, dacă tu ţi-ai petrece mai mult timp împreună cu ele şi astfel eu voi putea să-mi văd de treburile mele".

Soţul: „Sînt de acord. Cam cît de des ar trebui să ies cu ele?"

Soţia: „Cel puţin de două ori pe săptămînă".

Soţul: „Acest lucru pare rezonabil. Ce altceva ar mai trebui făcut?"

Soţia: „Poate că ar fi bine să plec şi eu o săptămînă la părinţi".
Soţul: „Nu-mi place că pleci, dar înţeleg că ai şi tu nevoie de puţină schimbare. În acelaşi timp, plecarea ta mă va ajuta să mă reapropii de fete. Am să te ajut mai mult la gospodărie pentru că două persoane în plus înseamnă mult mai multă muncă".
Soţia: „Mă bucur de faptul că încerci să mă ajuţi. Dacă vom face tot ce ne-am propus, probabil că vara aceasta va decurge cum trebuie pentru noi toţi".

După ce s-au familiarizat cu exemple de tipul celor de mai sus, membrii grupului sînt solicitaţi să joace scene semnificative din viaţa lor, scene în cadrul cărora trebuie să soluţioneze diverse situaţii conflictuale.

Şedinţa a douăsprezecea

Obiectivul acestei şedinţe constă în abordarea acelor situaţii care provoacă disconfort pacientului şi care în cele din urmă generează diverse simptome nevrotice sau psihosomatice care l-au determinat să se prezinte la psihoterapie. În acelaşi timp, acum se formează şi deprinderile de autoajutorare care îl vor determina pe subiect să facă faţă şi situaţiilor stresante viitoare.

Sank şi Shaffer (1984) propun opt etape în cadrul procesului de rezolvare de probleme:

1. Identificarea problemei.

Problema trebuie definită precis, subiectul trebuind să conştientizeze modul în care problema a apărut, care sînt factorii care o întreţin, natura problemei. (De pildă, este vorba de un conflict între două obiective sau de un conflict între un obiectiv şi un obstacol care îl împiedică pe subiect să atingă obiectivul etc.).

2. Stabilirea scopurilor.

Subiectul trebuie să răspundă la întrebarea: „Ce înseamnă pentru mine rezolvarea problemei?"

3. Generarea unor soluţii alternative.

Se recomandă ca pacientul să producă un număr cît mai mare de alternative la problema sa prin tehnica „brainstorming"-ului (a asaltului de idei), fără a evalua critic soluţiile respective.

4. Evaluarea soluţiilor alternative.

După ce a generat o serie de soluţii la problema sa, subiectul va analiza alternativele propuse sub aspectul consecinţelor lor pozitive şi negative, evaluîndu-le eficienţa pe o scală de la 1 la 5.

5. Adoptarea deciziei.

Pe baza analizei alternativelor, subiectul va adopta soluţia cea mai convenabilă pentru soluţionarea problemei sale.

6. Verificarea.

Subiectul îşi va adresa următoarea întrebare: „Reprezintă oare alternativa asupra căreia m-am oprit o soluţie convenabilă la problema mea?"

Dacă răspunsul este negativ, subiectul se reîntoarce la etapa a treia şi reia procesul de la început. Dacă însă răspunsul este pozitiv, se trece la etapa a şaptea.

7. Pregătirea implementării soluţiei.

În această etapă, pacientul va elabora un plan de acţiune pentru a pune în practică soluţia aleasă.

8. Aplicarea în practică a soluţiei la problema dată.

După explicarea celor opt etape ale procesului rezolvării de probleme, terapeutul va exemplifica cele expuse. Iată un exemplu (adaptat după Sank şi Shaffer, 1984):

„Tocmai m-am despărţit de prietenul meu şi aş dori să ies în lume pentru a cunoaşte alţi bărbaţi".

1. Identificarea problemei:

Cadrul general: „Cristian şi cu mine am fost prieteni patru ani, dar în ultimul an ne-am certat din ce în ce mai des. Săptămîna trecută, el s-a hotărît să se despartă de mine şi m-a părăsit".

Detalii: „Sînt foarte timidă şi retrasă şi am rămas împreună cu el mai mult de teama de a căuta un alt bărbat. Îmi displac locurile unde poţi întîlni bărbaţi sau întîlnirile aranjate".

2. Stabilirea scopului:

„Ce înseamnă că mi-am rezolvat problema?"

„Cînd îmi vor spori şansele de a întîlni un bărbat potrivit!"

3. Generarea unor soluţii alternative:

a) „Să mă înscriu la un curs la Universitatea cultural-ştiinţifică".
b) „Să mă văd cu familia Ionescu şi cu cercul lor de prieteni".
c) „Să mă duc duminica la biserică".
d) „Să mă înscriu la un club de schi iarna şi să merg la mare vara".
e) „Să-mi caut prietenii vechi şi să le spun că sînt singură şi disponibilă".
f) „Să vorbesc cu Cristian şi să-l rog să-şi anunţe prietenii că ne-am despărţit şi că sînt disponibilă".
g) „Să telefonez unui coleg de serviciu care nu este căsătorit şi care îmi place şi să-i propun să ieşim împreună".

4. Evaluarea alternativelor sub aspectul consecinţelor posibile:

Argumente „pro"	Argumente „contra"	Evaluarea eficienţei 1 = puţin eficient 5 = foarte eficient
a) Voi putea întîlni un bărbat studios	Nu am chef să mai învăţ seara. Serviciul mă solicită şi aşa prea mult.	2

b) Voi putea cunoaşte oameni noi.	Soţii Ionescu mi-au fost totdeauna antipatici.	1
c) Cred în Dumnezeu, dar nu am fost de mult la biserică. Acolo vin oameni serioşi.	Ar trebui să fac eforturi să explic prezenţa mea şi să mă integrez în grup.	4
d) Sînt mulţi oameni singuri care practică sportul.	Cei care frecventează astfel de medii sînt, de regulă, competitivi.	2
e) Ar putea fi interesant dacă aş reuşi. Aş avea nevoie de mai multă iniţiativă.	Este puţin probabil ca prietenii mei să fie liberi. Ei au probabil vieţile lor.	3
f) Cristian are mulţi prieteni bărbaţi.	Cristian nu mă va ajuta în nici un caz şi apoi majoritatea prietenilor săi sînt neserioşi.	1
g) Adrian este foarte simpatic. Îl admir de cîteva luni.	Nu mă văd luînd iniţiativa de a invita un bărbat.	3

5. Adoptarea deciziei:

În urma analizei alternativelor propuse, soluţia c (frecventarea unui grup religios) pare cea mai atrăgătoare.

6. Verificarea:

„Reprezintă oare aceasta o soluţie la problema mea"?

7. Pregătirea pentru implementare:

a) „Caut să fiu liberă în zilele cînd este slujbă la biserică".

b) „Îmi cumpăr haine potrivite";

c) „Vorbesc cu preotul şi îi spun că aş dori să am o discuţie cu el".

8. Aplicarea în practică:

„Frecventez cu regularitate serviciul religios şi mă împrietenesc cu cît mai multe persoane în speranţa că voi întîlni bărbatul care mi se potriveşte. Cercul meu de prieteni se extinde şi încep să fiu invitată în diverse locuri şi invit, la rîndul meu, prietenii acasă."

După exemplificarea tehnicii de rezolvare de probleme, membrii grupului sînt solicitaţi să comenteze metoda, să-şi exprime opiniile în legătură cu posibilităţile de aplicare a acesteia şi să propună probleme personale pentru a fi abordate în grup.

Şedinţa a treisprezecea

Această şedinţă este dedicată unor exerciţii de dezvoltare în grup a unor abilităţi de rezolvare de probleme. Membrii grupului îşi expun problema personală cea mai importantă şi aceasta este analizată în cadrul grupului.

Esenţa acestei şedinţe de psihoterapie constă în identificarea acelor probleme care pot fi rezolvate prin intermediul tehnicii expuse mai sus.

Participanţilor li se cere să elaboreze o listă cu probleme care să fie supuse dezbaterilor din cadrul grupului.

Prezentăm în cele ce urmează cîteva probleme de viaţă care se pretează rezolvării prin tehnici cognitiv-comportamentale:

1. Cum să procedez pentru a nu mai întîrzia la serviciu;
2. Cum să găsesc ceva de lucru în timpul liber;
3. Cum să o determin pe soţia mea să fie mai tandră;

4. Cum să procedez pentru a face rost de bani pentru o excursie în Grecia;

5. Cum să procedez pentru a fi mai eficient la serviciu;

6. Cum să-l determin pe fiul meu să-şi facă lecţiile.

Terapeutul solicită apoi un voluntar să-şi descrie problema cît mai precis posibil şi să formuleze obiectivele pe care doreşte să le atingă. Apoi grupul este antrenat să realizeze un exerciţiu de brainstorming (asalt de idei), generînd cît mai multe soluţii alternative pentru rezolvarea problemei respective, fără a căuta să cenzureze ideile care le vin în minte. Terapeutul notează toate soluţiile generate de membrii grupului. Subiectul care a generat problema este solicitat să evalueze fiecare soluţie pe o scală de la 1 la 5, sub aspectul eficienţei. Soluţia care a întrunit punctajul cel mai mare va fi adoptată ca decizie.

Prezentăm mai jos un exemplu (Sank şi Shaffer, 1984, p. 160-161):

Maria: „Tocmai am descoperit că soţul meu ţine un pistol încărcat în şifonier. Sîntem căsătoriţi de puţin timp, el prima oară, eu a doua oară. Am doi copii, unul de 8 ani şi unul de 4 ani şi aş dori să nu existe în casă o astfel de ameninţare pentru copiii mei".

Terapeutul: Maria, problema ta merită să fie analizată în grup. V-aş ruga pe fiecare dintre dumneavoastră să găsiţi măcar o soluţie pentru a o ajuta pe Maria să-şi rezolve problema. Maria, te rog să nu evaluezi alternativele pînă cînd nu le strîngem pe toate. Eu le voi nota pe o foaie de hîrtie".

Membrul grupului nr. 2: „Discută cu soţul tău şi spune-i că eşti necăjită şi ce anume te supără".

Membrul nr. 3: „Prezintă-i soţului exemple despre situaţii similare cînd membrii familiei au căzut victime nevinovate, fiind ucise de arme de foc".

Membrul nr. 4: „Soţul dumitale nu se va schimba. Mai bine ascunde arma".

Membrul nr. 5: „Decît să ascunzi arma, mai bine ascunde doar muniţia".

Terapeutul: „Este bine aşa! Avem deja cîteva alternative. Am putea să continuăm, dar poate că ar fi bine s-o rugăm pe Maria să evalueze soluţiile propuse de dumneavoastră. Maria, te rog să notezi fiecare soluţie cu un punctaj de la 1 la 5, în care 1 reprezintă o soluţie foarte puţin eficientă, iar 5 o soluţie foarte bună.

Maria: „De acord, sînt gata!"

Terapeutul: „Vorbeşte cu Bill şi spune-i de ce eşti supărată".

Maria: „Aceasta ar avea avantajul că ajută la îmbunătăţirea comunicării dintre noi, dar sînt sigură că el mă va considera isterică (a mai făcut-o şi altă dată) şi, oricum, nu cred că va înstrăina arma. Aş nota soluţia aceasta cu nota 2".

Terapeutul: „A doua soluţie ar consta în a-i povesti lui Bill despre acele cazuri cînd au avut loc accidente în familiile care deţineau arme de foc".

Maria: „Si această soluţie ar contribui la ameliorarea comunicării dintre noi şi, mai mult, îmi voi baza afirmaţia pe fapte reale. Nu sînt însă sigură că Bill va lua în seamă cele spuse şi că va face ceva cu arma! Aş aprecia această soluţie cu nota 3".

.....

Terapeutul: „Ce ar fi să examinăm soluţia prin intermediul căreia tu vei plasa muniţia într-un loc sigur, astfel încît să nu ajungă la îndemîna copiilor?"

Maria: „Mi se pare soluţia cea mai bună pentru că riscul va scădea simţitor. Singura problemă este că nu ştiu dacă Bill va fi de acord cu mine. Oricum, aş nota această soluţie cu nota 4!"

Exerciţiile de acest fel au menirea să dezvolte deprinderile subiecţilor de a soluţiona diverse situaţii de viaţă.

În şedinţele 14 şi 15, membrii grupului sînt solicitaţi să realizeze o evaluare finală a propriilor probleme şi obiective

pentru care s-au prezentat la psihoterapie şi să compare situaţia finală cu cea în care s-au aflat la începutul terapiei.

Terapeutul explică membrilor grupului modul în care cele patru module (tipuri de exerciţii) se îmbină într-un tot unitar, se completează reciproc şi îi ajută să obţină un mai bun control asupra propriei persoane şi situaţiilor de viaţă.

La încheierea terapiei, fiecare membru al grupului va mai avea o şedinţă individuală cu terapeutul sau coterapeutul, şedinţă în cadrul căreia se vor evalua rezultatele terapiei şi se vor formula noi obiective pentru alte demersuri psihoterapeutice, în cazul în care acestea vor fi considerate necesare.

Membrilor grupului li se cere să alcătuiască o listă cu problemele rămase nerezolvate în timpul şedinţelor de grup şi aceste probleme vor fi analizate împreună cu terapeutul.

Se consideră că psihoterapia şi-a îndeplinit obiectivele atunci cînd pacienţii au dobîndit capacitatea de a face singuri faţă diferitelor situaţii stresante, mai precis, cînd au reuşit să devină „propriii lor terapeuţi".

BCU IAŞI / CENTRAL

Capitolul 5

Psihoterapia cognitiv-comportamentală individuală în rezolvarea problemelor

Aşa cum am mai subliniat, psihoterapia cognitiv-comportamentală postulează faptul că modurile în care se comportă oamenii sînt determinate atît de situaţiile externe, cît şi de felul în care aceştia interpretează respectivele situaţii.

Deoarece la baza formării şi menţinerii simptomelor şi comportamentelor dezadaptative stau modelele de gîndire negativă, psihoterapia cognitiv-comportamentală îşi propune identificarea şi restructurarea acestor modele cognitive, precum şi validarea în practică a rezultatelor obţinute (Hawton; Solkovskis; Kirk; Clark, 1989). Avantajele majore ale acestui demers psihoterapeutic constau în aceea că terapia este de scurtă durată, are obiective precise şi este aplicată nu numai la pacienţi cu tulburări nevrotice şi psihosomatice, ci şi pentru oamenii obişnuiţi, care se află într-o situaţie de criză existenţială.

Caplan (1961) (citat de Holdevici şi Vasilescu, 1984) definea criza existenţială ca fiind acea situaţie cînd o persoană întîlneşte un obstacol important care îi blochează scopurile de viaţă şi care este imposibil de depăşit prin mijloace obişnuite.

În cazul în care subiectul nu găseşte singur o soluţie corespunzătoare, urmează o fază de dezorganizare a comportamentului, pe fondul unei stări afective negative care, dacă

persistă un timp mai îndelungat, poate conduce la instalarea unor simptome nevrotice sau psihosomatice.

Cele mai frecvent întîlnite situaţii problematice sînt următoarele:

- ameninţarea cu pierderea unei relaţii interpersonale semnificative sau a statutului social al persoanei;
- o pierdere actuală;
- conflicte majore cu o persoană, conflicte care presupun o decizie majoră (a rămîne sau nu în situaţie);
- probleme maritale;
- relaţii interpersonale tensionate;
- dificultăţi la locul de muncă;
- dificultăţi materiale;
- dificultăţi de învăţare;
- dificultăţi legate de creşterea copiilor;
- dificultăţi rezultate în urma handicapului produs de o boală psihică sau somatică etc.

Frecvent, persoanele care solicită ajutorul psihologului consilier sau psihoterapeutului sînt luate în evidenţă nu pentru problema în sine, ci pentru simptome, cum ar fi depresie, anxietate, insomnie, dureri de cap, pierderea apetitului, sau pentru probleme în sfera comportamentală, cum ar fi, de pildă, o tentativă de suicid. La o analiză mai atentă, însă, rezultă că simptomele respective sînt secundare situaţiei stresante, remiterea lor depinzînd de rezolvarea situaţiei problematice.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în rezolvarea problemelor de viaţă are următoarele obiective (Kirk, 1989):

1. ajutarea subiectului să identifice problema care îi creează stări afective negative;

2. ajutarea acestuia să conştientizeze resursele adaptative pe care le are la dispoziţie pentru a face faţă dificultăţilor;

3. învăţarea unor metode simple de depăşire a problemelor dificile;

4. dezvoltarea capacităţilor de autoreglare a stărilor psihice;

5. învăţarea unor tehnici de a face faţă unor posibile probleme în viitor (formarea unor deprinderi de „autoajutorare".

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în rezolvarea de probleme este indicată persoanelor care se descurcă în general bine în viaţă, dar dintr-un motiv sau altul situaţia stresantă a depăşit posibilităţile lor adaptative actuale.

Etapele demersului psihoterapeutic sînt următoarele:

◆ *Identificarea situaţiilor problematice*

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să realizeze o listă în care problemele să fie foarte clar şi precis definite, pentru că adesea oamenii solicită ajutor pentru un amalgam de probleme, insuficient de bine precizate. Astfel, de pildă, un pacient poate afirma pur şi simplu: „am probleme de serviciu". În acest caz, terapeutul trebuie să întrebe precis „ce anume nu merge la serviciu", să realizeze o inventariere exactă a simptomelor (depresie, anxietate, consum abuziv de alcool, insomnii), a fluctuaţiilor acestora, a circumstanţelor în care apar schimbări (mai ales pentru evidenţierea factorilor care menţin problema).

Strategii pentru identificarea problemelor (Hawton şi Kirk, 1989)

1. Ascultaţi cu atenţie descrierea problemei realizate de pacient. În cazul în care acesta are dificultăţi în identificarea problemei, se pot adresa întrebări ajutătoare de tipul: „care este lucrul care te supără cel mai mult?"

2. Realizaţi o listă preliminară de probleme, parafrazînd, atunci cînd este necesar, ceea ce a spus pacientul. Notaţi pe o foaie de hîrtie problemele, astfel încît pacientul să verifice dacă problemele sale sînt corect precizate.

3. Verificaţi dacă nu mai există şi o altă problemă care nu a fost precizată. Uneori este util să se facă apel la o listă de probleme potenţiale:

- relaţiile cu soţul (partenerul de viaţă);
- relaţiile cu ceilalţi membri ai familiei, mai ales cu copiii;
- locul de muncă; studii;
- gospodăria;
- probleme cu legea;
- izolare socială şi probleme cu prietenii;
- utilizare de alcool şi/sau droguri;
- probleme psihiatrice;
- probleme somatice;
- adaptare sexuală;
- doliu, pierderi.

4. Obţinerea unei descrieri cît mai în detaliu a tuturor problemelor persoanei care solicită ajutor. Cînd o problemă pare episodică (de pildă, certuri frecvente cu soţul), este indicat să se solicite pacientului descrierea ultimei situaţii cînd a apărut problema.

Informaţii utile se obţin şi dacă terapeutul îl întreabă pe pacient în ce mod ar dori acesta ca situaţia să se modifice.

(„Dacă ai avea o baghetă magică şi ai putea să-ţi schimbi destinul, cum ai dori să fie acesta?")

Este necesară şi evidenţierea interelaţiilor dintre probleme, după care terapeutul redactează împreună cu pacientul lista problemelor acestuia.

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu de listă de probleme („Problemele Alinei"):

1. şomaj de 6 luni;
2. imagine de sine scăzută (secundar problemei 1);
3. absenţa contactelor sociale (secundar problemei 1);
4. depresie (mai gravă în timpul săptămînii şi este secundară problemelor 1, 2, 3 şi 7);
5. pierderea interesului pentru hobby-urile uzuale (lectură, vizionarea unor emisiuni TV, secundar problemei 4);
6. mama este intruzivă; îi telefonează zilnic, o vizitează de două ori pe săptămînă, face comentarii la adresa stilului ei de viaţă;

7. dificultăţi de comunicare cu soţul, care refuză să discute problemele ei.

◆ *Identificarea resurselor adaptative ale pacientului*

Hawton şi Kirk (1989) sînt de părere că în rezolvarea problemelor de viaţă este util să se utilizeze resursele şi disponibilităţile subiectului. Este important de ştiut ce capacităţi are persoana de a depăşi problemele curente şi cît de repede ete capabilă să o facă. Evaluarea „forţelor" subiectului se realizează luînd în considerare următoarele informaţii:

- cum a făcut persoana faţă în trecut unor dificultăţi similare;
- măsura în care subiectul a utilizat strategii de evitare (abuz de alcool) sau alte metode de a „fugi" de problemă;
- gradul de extensie a stărilor afective negative actuale (dacă persoana a făcut faţă cu bine situaţiilor stresante în trecut, dacă a mai prezentat simptome psihopatologice, cum ar fi depresia, anxietatea, tulburări de somn etc., şi dacă prezintă şi acum astfel de simptome care pot interfera cu abilitatea curentă de a face faţă situaţiilor dificile);
- măsura în care subiectul poate furniza soluţii la problema sa.

◆ *Evaluarea „suporturilor" de care dispune subiectul*

Terapeutul trebuie să obţină şi informaţii în legătură cu următoarele aspecte:

- dacă persoana aflată în impas dispune de un confident;
- dacă s-a mai adresat şi altor persoane abilitate în rezolvarea unor probleme curente (medic, preot, asistent social);
- factori de mediu: situaţie materială, interese, profesie, viaţă de familie etc.

Este important de ştiut mai ales dacă aceste aspecte reprezintă sau nu pentru subiect surse de autostimă.

Indicaţii pentru aplicarea tehnicii de rezolvare de probleme

1. Problemele pacientului pot fi definite cu precizie.
2. Obiectivele acestuia par realiste (exemplu de obiectiv nerealist: să aducă înapoi soţia care deja s-a recăsătorit).
3. Absenţa unei boli psihice majore (mai ales a unui episod psihotic acut).
4. Acordul dintre pacient şi terapeut referitor la posibilitatea de a lucra împreună aupra problemelor pacientului (contractul terapeutic).

Demersul terapeutic centrat pe problemă este scurt, de 4-6 şedinţe, în medie acesta putîndu-se prelungi în funcţie de necesităţile pacientului. O şedinţă de psihoterapie durează între 30 şi 60 de minute. Primele şedinţe sînt mai apropiate în timp, iar ultimele mai depărtate. În cazul în care pacientul este sever perturbat i se poate oferi acestuia un număr de telefon în caz de urgenţă.

◆ *Etapele şi strategiile în rezolvarea de probleme*

Etapele rezolvării de probleme:

1. Decizia asupra cărei probleme să se lucreze mai întîi.
2. Acceptarea obiectivelor.
3. Parcurgerea stadiilor necesare atingerii obiectivelor.
4. Decizia în legătură cu prima sarcină abordată.
5. Evaluarea progresului în şedinţa următoare de psihoterapie şi abordarea dificultăţilor apărute.
6. Decizia pentru pasul următor, în funcţie de progres.
7. Redefinirea scopurilor şi problemelor viitoare.
8. Abordarea (dacă e cazul) a problemei următoare.

Este important ca atenţia să fie focalizată la început asupra unei singure probleme, de regulă cea mai importantă sau, în unele cazuri, cea mai uşor de abordat.

De pildă, în cazul Alinei ar fi mai indicat să se acorde atenţie reluării unor contacte sociale, pentru că aceasta ar face-o să se simtă mai bine, fiind capabilă să se ocupe apoi de probleme mai dificile, cum ar fi găsirea unui nou loc de muncă. Pacientul este cel care decide în cele din urmă ce problemă ar trebui abordată prima, deşi terapeutul este cel care trebuie să precizeze faptul dacă problema respectivă e abordabilă în acea etapă. Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să stabilesacă sarcini intermediare precise pentru fiecare obiectiv general.

Aceste sarcini intermediare trebuie să fie realiste şi descrise în termeni comportamentali.

De exemplu, pentru Alina obiectivele pentru problema reluării contactelor sociale ar fi:

a) reluarea contactelor cu vechii prieteni;

b) iniţierea unor noi relaţii interpersonale.

Sarcini intermediare pot fi:

- un contact faţă în faţă pe săptămînă cu unul din prieteni;
- un telefon pe săptămînă la un prieten;
- o participare pe săptămînă la o activitate cu caracter social: gimnastică aerobică, pictură etc.;
- să acorde ajutor la şcoala unde învaţă copiii săi o dată pe săptămînă.

În cazul unor probleme mai complexe, pacientul trebuie descurajat să adopte de la început soluţia care pare cea mai la îndemînă. El trebuie încurajat să genereze cît mai multe soluţii posibile, oricît de absurde ar apărea acestea la prima vedere. Un exemplu de problemă complexă ar fi divorţul. Terapeutul trebuie să anticipeze eventualele dificultăţi pe care le va întîlni pacientul în realizarea sarcinii.

Este recomandabil ca pacientul, dar şi terapeutul, să noteze sarcina trasată pentru a putea discuta în şedinţa viitoare progresele obţinute, dar şi dificultăţile. Aprecierea îndeplinirii unei sarcini se evaluează după următoarele criterii:

- succes;
- succes parţial;
- absenţa progresului.

În cazul în care pacientul a îndeplinit sarcina cu bine, terapeutul trebuie să-l întrebe care sînt beneficiile pe care le-a obţinut: creşterea încrederii în sine, o dispoziţie mai bună, o mai bună înţelegere a lucrurilor etc. Dacă pacientul a înregistrat un succes parţial, terapeutul trebuie să decidă împreună cu acesta dacă nu cumva e nevoie de mai mult timp pentru îndeplinirea sarcinii sau dacă au apărut dificultăţi. Acestea pot fi dificultăţi de natură practică sau gînduri şi atitudini referitoare la consecinţele posibile ale ducerii la bun sfîrşit a sarcinii respective.

Soluţiile la dificultăţile practice sînt mai uşor de găsit. Terapeutul îi poate cere pacientului să genereze astfel de soluţii.

Se examinează, de asemenea, şi gîndurile negative legate de consecinţele posibile ale rezolvării temei propuse sau temerile pacientului că nu o va putea îndeplini. Aceasta se poate realiza prin intermediul examinării în plan imaginativ a strategiilor alternative (a acţiona şi a nu acţiona). În momentul în care a fost identificată o convingere negativă a pacientului i se explică modul în care funcţionează aceasta (modelul cognitiv) şi i se cere să-i testeze validitatea prin dovezi (caută argumente pro şi contra convingerii negative).

Astfel, Alina a telefonat unei prietene, dar nu a primit răspuns şi nu a mai avut curajul să telefoneze a doua oară. Cu ajutorul terapeutului, ea a identificat gîndul negativ legat de faptul că se temea că prietena respectivă nu va fi încîntată să o audă.

În cazul lipsei progresului se procedează în mod identic. Se poate constata de multe ori că sarcina aleasă a fost prea dificilă. Cînd un demers de rezolvare de probleme s-a dovedit insuficient, problema trebuie reexaminată în termenii unei alternative posibile. De exemplu, Alina a pierdut mai multe

săptămîni încercînd să îmbunătăţească comunicarea cu soţul ei, dar pînă la urmă ea şi-a dat seama că soţul nu era dispus să se schimbe şi şi-a pus problema dacă să-l părăsească sau nu.

Strategii de rezolvare a problemelor (Hawton şi Kirk, 1989)

1. Generarea unor soluţii posibile la problemă.

Se utilizează tehnica „brainstorming"-ului, pacientul fiind solicitat să genereze cît mai multe soluţii posibile, fără a le evalua utilitatea practică.

În cazul în care pacientului îi vine greu să genereze soluţii, terapeutul îi poate propune soluţiile. Sugerarea unor soluţii total neadecvate poate solicita pacientul să se angajeze în joc. De asemenea, sugerarea unor soluţii extreme poate face ca pacientul să fie dirijat pe căi nebănuite, ceea ce poate să-i restructureze modul de gîndire.

Toate soluţiile sînt notate şi apoi pacientul va examina avantajele şi dezavantajele fiecărei soluţii. Pentru fiecare soluţie se notează argumentele pro şi contra pe două coloane. Exemplu: *Alina se gîndeşte să-şi părăsească sau nu soţul*:

Argumente „pro"	*Argumente „contra"*
Va scăpa de stres.	Perspectiva singurătăţii
Va avea o relaţie mai bună cu copiii.	Dificultăţi financiare
Va avea mai multă libertate să-şi construiască o nouă carieră.	Copiilor le va lipsi tatăl.
Va putea găsi o relaţie mai bună.	Va deveni şi mai dependentă de mama ei.
	Absenţa vieţii sexuale.
	Se va ruşina că a eşuat în căsnicie.

2. Repetarea cognitivă. (Antrenamentul mental).

Se referă la repetarea, în detaliu, în plan imaginativ, a unei anumite sarcini.

3. Jocul de rol direct şi inversat (terapeutul joacă rolul pacientului). Se aplică atunci cînd problema pacientului este de natură interpersonală. Astfel, de pildă, jocul de rol a fost utilizat pentru ca Alina să înveţe să-şi impună punctul de vedere faţă de mama ei pisăloagă.

4. Monitorizarea activităţilor:

- se stabilesc liste de priorităţi;
- se stabilesc obiective;
- se ierarhizează sarcinile de la simplu la complex;
- se elaborează orare şi programe de activităţi pe ore şi zile.

Această tehnică este deosebit de utilă pentru persoanele care sînt dezorganizate în probleme de muncă sau de învăţare.

5. Adresarea de verificări convingerilor eronate. Astfel, de pildă, un pacient era convins că dacă îi va spune şefului de ce este nemulţumit la serviciu, acesta se va înfuria şi îi va face existenţa şi mai amară. În această situaţie, terapeutul i-a cerut următoarele:

- să-şi amintească situaţiile în care s-a impus în faţa şefului şi consecinţele acestora;
- să alcătuiască lista cu avantajele şi dezavantajele de a vorbi direct cu şeful;
- să prevadă cum va reacţiona şeful, punîndu-se pe sine în locul lui.

6. Acordarea de recompense

Din cînd în cînd, pacienţii sînt încurajaţi să-şi acorde mici recompense materiale dacă au dus la bun sfîrşit o sarcină.

7. Obţinerea de informaţii şi sfaturi suplimentare. Deşi demersul de rezolvare de probleme este menit să încurajeze autonomia subiectului şi abilitatea de a-şi rezolva singur problemele, totuşi, atunci cînd este necesar, subiectul trebuie să solicite sfaturi şi un plus de informaţie de la consilier, psihoterapeut sau, în situaţii mai simple, de la prieteni. Ca şi în celelalte situaţii, cînd se apropie terminarea terapiei, se lasă spaţii mai mari între şedinţe (de 2-3 săptămîni).

Demersul psihoterapeutic de rezolvare de probleme poate eşua în următoarele situaţii:

- cînd pacientul prezintă boli psihice majore;
- cînd pacientul dovedeşte o stimă de sine scăzută şi o lipsă de încredere în forţele proprii. În astfel de situaţii, tratamentul trebuie prelungit şi terminarea terapiei să se facă mai gradat;
- dacă problemele pacientului se referă la o tulburare de personalitate de lungă durată.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 6

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice

Gillian Butler (1989) arată că fobia reprezintă o teamă exagerată şi persistentă de un obiect sau de o situaţie care de regulă sînt nepericuloase. Aceste frici produc dorinţa iraţională a subiectului de a evita situaţiile respective, deşi pacienţii realizează caracterul iraţional al fricii lor.

Fobiile reprezintă frici cu caracter dezadaptativ, care produc perturbări în viaţa obişnuită a subiecţilor.

Tipuri de fobii

Literatura de specialitate distinge următoarele categorii de tulburări fobice:

a) fobia simplă (de înălţime, insecte, sînge etc.). Subiectul este, de regulă, asimptomatic dacă nu anticipează faptul că s-ar putea întîlni cu obiectul fobiei sale;

b) fobia socială – este mai complexă datorită faptului că subiectul se teme de lucruri inobservabile, cum ar fi evaluările negative, critica sau teama de a fi respins.

Fobiile sociale se pot centra şi pe unele aspecte concrete, cum ar fi teama de a vorbi în public, de a mînca în public etc. În aceste cazuri, evitarea situaţiei anxiogene este mai dificil de realizat decît în cazul fobiei simple;

c) agorafobia: teama de a se afla în spaţii aglomerate (magazine, pieţe, cinematografe etc., de a călători cu mijloace de transport în comun, de a se afla departe de casă). Simptomele implică teama de a se afla în situaţii din care subiectului îi este dificil să iasă sau nu poate primi un ajutor în caz de urgenţă.

Agorafobicii se simt, de regulă, în siguranţă acasă (deşi acest lucru nu este valabil pentru toţi subiecţii). De asemenea, ei trăiesc stări de panică şi teama că îşi vor pierde autocontrolul şi că vor leşina în acele locuri de unde li se pare că nu pot ieşi.

Unii agorafobici sînt mai puţin anxioşi dacă sînt însoţiţi de o persoană în care au încredere sau dacă poartă asupra lor anumite obiecte (un medicament, o umbrelă, o sticluţă cu ceai etc.).

Manualul Diagnostic şi Statistic (D.S.M.) distinge două tipuri de agorafobie:

a) cu atacuri de panică;

b) fără atacuri de panică.

Nu este clar dacă este vorba de două entităţi nozografice (maladii) distincte, care necesită tratamente diferite, sau este vorba de manifestări – mai grave sau mai puţin grave – ale aceleiaşi afecţiuni.

Peste 80% din pacienţii agorafobici sînt femei, în timp ce proporţia pe sexe este aproximativ egală în cazul fobiei sociale.

Deşi nu se cunoaşte exact originea fobiilor, majoritatea autorilor sînt de părere că acestea sînt frici dobîndite prin condiţionare. Cu toate acestea, rareori pacientul fobic poate descrie un eveniment psihotraumatizant despre care ar putea spune că stă la originea fobiei.

Fobia se instalează, de regulă, gradat, ca rezultat al repetării unor experienţe mai mult sau mai puţin anxiogene sau prin intermediul învăţării sociale.

Uneori, această condiţionare se fixează în perioada de stres puternic sau în stări de supraactivare, cînd reacţiile caracterizate prin teamă se învaţă cu uşurinţă.

Fobiile simple se pot dezvolta gradat pe baza fricilor din copilărie, în timp ce fobia socială debutează, de regulă, în adolescenţă.

Agorafobia debutează fie în adolescenţa tîrzie, cînd în special fetele tind să devină mai independente, sau în jurul vîrstei de 30 de ani (Marks şi Gelder, 1966).

După Marks (1969), prezenţa şi natura factorilor precipitatori nu au o legătură directă cu tulburarea fobică.

Specialiştii în psihoterapie congnitiv-comportamentală susţin că nu este neapărat necesar să cunoaştem cauza care a produs fobia pentru a o trata cu succes.

Simptomatologia

Lang (1968) distinge:

1) Simptome fiziologice: tahicardie, transpiraţii, tremur, respiraţie accelerată, tensiune sau, dimpotrivă, slăbiciune musculară, furnicături în stomac, senzaţie de greaţă, senzaţie de sufocare. Mai ales în agorafobie aceste simptome se asociază cu atacurile de panică (Barlow şi Craske, 1988).

2) Simptome comportamentale: senzaţia că subiectul este „stană de piatră" sau tendinţa de fugă.

3) Simptome subiective: variază de la subiect la subiect şi includ gînduri de tipul: „ar fi putut să mă ucidă"; „oamenii sînt extrem de lipsiţi de grijă", dar şi stări afective, cum ar fi: jenă, ruşine, teamă şi furie.

Simptomele fiziologice, comportamentale şi subiective pot sau nu să fie asociate.

Prin definiţie, *fobia* reprezintă o frică disproporţionată faţă de sursa care o produce, iar reacţiile, cum ar fi grija exagerată sau reacţia de evitare, sînt inadecvate.

Fobicii reacţionează, deci, pe plan fiziologic, comportamental şi subiectiv şi aceste reacţii împiedică dispariţia simptomelor. Mai exact, reacţiile menţin problema pentru că sporesc starea afectivă negativă iniţială şi, chiar mai mult, produc noi simptome, cum ar fi anxietatea anticipatorie, aprehensiunea unui pericol şi frustrarea.

Reacţiile subiective includ gînduri de tipul:

„O să-mi pierd controlul".

„O să leşin".

„Tremur şi toată lumea va observa" etc.

În cazul fobiilor persistente, care perturbă activitatea cotidiană, subiectul poate dezvolta şi o reacţie depresivă.

Evitarea menţine anxietatea pentru că subiectul nu mai învaţă că obiectul sau situaţia care îl sperie nu sînt periculoase deloc sau nu sînt atît de periculoase pe cît îşi închipuie. Alţi factori importanţi care întăresc simptomele sînt gîndurile negative în legătură cu menţinerea anxietăţii („O să leşin"; „Ceva nu e în regulă cu mine") sau în legătură cu anticiparea consecinţelor confruntării cu situaţia fobică („O să mă muşte"; „Nimeni nu o să vorbească cu mine" etc.).

Factorii externi, cum ar fi, de exemplu, acţiunile celorlalţi care fac anumite lucruri în locul pacienţilor pentru a-i scuti de confruntarea cu stimulii anxiogeni, menţin, la rîndul lor, fobia.

În absenţa tratamentului, fobiile sînt extrem de rezistente. Pentru succesul tratamentului este necesară identificarea exactă a acelor factori (*condiţii*) care menţin simptomul.

Bazele teoretice ale terapiei cognitiv-comportamentale în cazul comportamentului fobic

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a fobiilor îşi are originea în lucrările lui Wolpe (1958) referitoare la desensibilizarea sistematică şi se bazează pe supoziţia că atît comportamentul normal, cît şi cel anormal sînt învăţate. Deci,

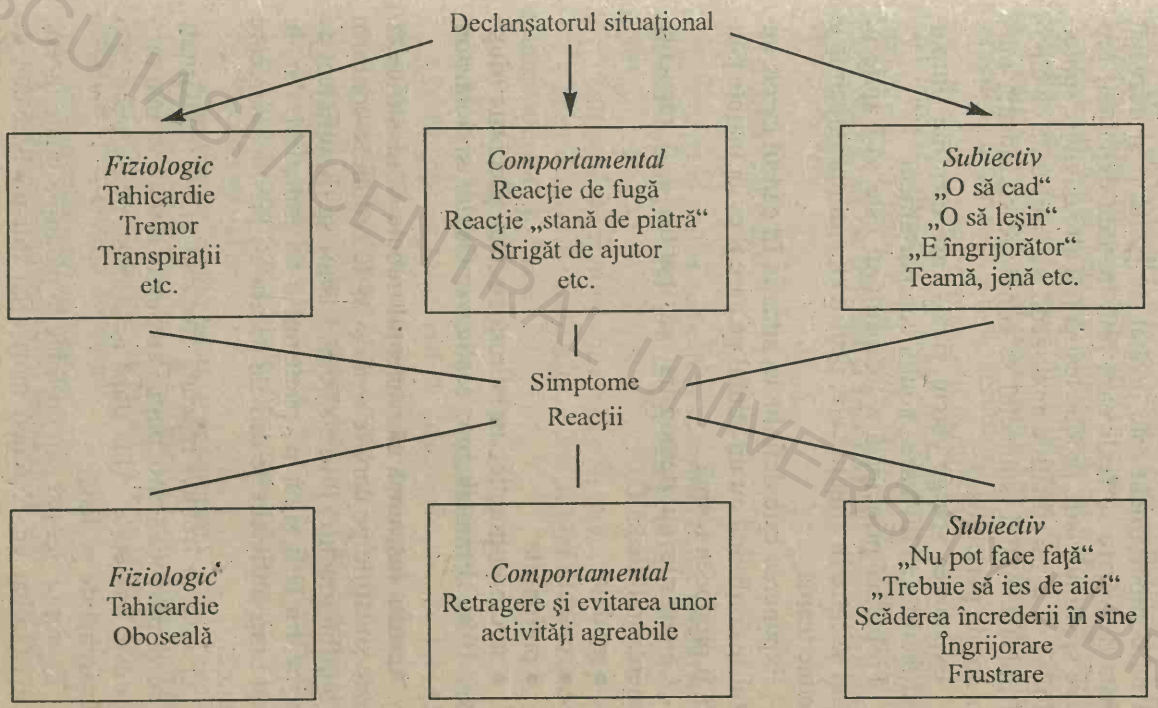


Fig. 1. Cercul vicios al anxietăţii de tip fobic (Butler, 1989)

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dacă un comportament este învăţat, el poate fi şi dezvăţat. Această dezvăţare se realizează prin metoda expunerii progresive la stimuli care produc teamă (cu alte cuvinte, subiectul, în loc să evite situaţiile anxiogene, se confruntă cu ele în mod gradat). Astfel, subiectul se convinge că situaţia nu e *chiar* atît de periculoasă.

Expunerea sparge cercul vicios care menţine simptomul şi facilitează învăţarea noului comportament.

Problema principală a terapeutului este să-l ajute pe pacient să intre în situaţii care, pentru el, sînt dezagreabile şi îi produc teamă.

Expunerea este definită ca situaţia în cadrul căreia subiectul se confruntă cu un stimul pe care îl evita înainte pentru că îi producea teamă.

Cercetările au demonstrat că, pentru a fi eficientă, expunerea trebuie să fie:

- gradată
- repetată
- prelungită
- sarcinile practice trebuie să fie clar precizate (după Marks, 1981; Emmelkamp; Mathews, Gelder şi Johnston, 1981).

Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să identifice cu precizie situaţiile pe care le evită şi să le ordoneze conform unei ierarhii gradate. Prima sarcină trebuie să fie suficient de facilă pentru a fi sigur că pacientul o va îndeplini, dar, în acelaşi timp, suficient de dificilă pentru a-i provoca oarecare anxietate.

O sarcină trebuie repetată frecvent şi cu regularitate pînă ce va provoca foarte puţină anxietate sau nu va mai provoca deloc anxietate. Abia după aceasta se poate trece la o nouă sarcină de pe listă.

Exemplu: un pacient cu fobie la păianjen poate începe prin a examina un păianjen mort aflat într-un borcănel de

sticlă. Apoi se poate trece la o sarcină mai dificilă, ca de pildă să ţină în mînă un păianjen mort.

Cu cît fobia este mai complexă, cu atît tratamentul va dura mai mult. De regulă, terapia durează *în medie* 8 şedinţe, după care se consideră că pacientul a învăţat suficient pentru a practica singur metoda cu un ajutor minimal.

În toate cazurile, pacienţii trebuie învăţaţi să treacă la o nouă sarcină imediat ce s-au acomodat cu cea anterioară (anxietatea s-a redus). Sarcinile anterioare mai trebuie repetate ocazional pe parcurs şi încorporate, pe cît posibil, în viaţa cotidiană.

Interviul clinic

Începe la prima şedinţă şi se continuă pe parcursul tratamentului pentru a furniza informaţii pentru o strategie eficientă şi flexibilă.

Interviul de evaluare are trei obiective:

1) să determine natura exactă a fobiei şi în ce măsură tratamentul este potrivit;

2) să definească scopurile tratamentului;

3) să evalueze nivelul corect al anxietăţii de tip fobic.

Mulţi pacienţi vorbesc cu dificultate despre fobiile lor pentru că:

- acestea le trezesc anxietatea;
- pentru că vizita la cabinet îi face să se confrunte cu situaţii anxiogene reale (a merge la clinică pentru un agorafobic sau a vorbi cu cineva pentru un subiect cu fobie socială);
- pentru că fobiile lor li se par iraţionale sau ridicole.

Severitatea fobiei se pune în evidenţă interogînd pacientul cu privire la măsura în care fobia sa îl împiedică să-şi desfăşoare o existenţă normală.

Se întreabă cam în felul acesta:

„Ce anume te împiedică fobia ta să faci?"; sau:

„Dacă nu ai mai avea această fobie, ce ai face în mod diferit sau cum ar fi viaţa ta?"

Nu este absolut necesară cunoaşterea istoriei detaliate a instalării comportamentului fobic, ci este mult mai important să fie cunoscuţi factorii care o menţin.

De asemenea, sînt importanţi factorii de natură cognitivă:

- Gîndurile cu privire la situaţiile considerate periculoase, îndoielile cu privire la eficienţa tratamentului sau cu privire la posibilitatea pacientului de a-l urma.
- Interviul trebuie să pună în evidenţă şi faptul dacă mai apar şi alte simptome, cum ar fi anxietatea generalizată sau depresia.
- Este important să trăiască cu fobia sa, decît să lupte împotriva ei.

Întrebarea potrivită în acest caz este următoarea: „Dacă scapi de fobia ta, ce probleme vei mai avea?"

Terapeutul trebuie să se informeze şi cu privire la strategiile adaptative pe care le-a folosit înainte pacientul pentru că unele din aceastea pot avea un caracter adaptativ şi pot fi încorporate (de pildă, pacientul obişnuieşte să se gîndească la altceva pentru a-şi calma anxietatea).

Frecvent, tabloul clinic se complică cu abuz de alcool şi tranchilizante care sînt dificil de abandonat pentru că au efecte benefice pe moment, dar produc dependenţă în perspectivă. Din acest motiv, pacientul trebuie să achiziţioneze strategii adaptative mai eficiente şi fără efecte nocive.

Resursele pacienţilor vor reprezenta un factor important în evoluţia tratamentului. Aceste resurse pot fi:

- tendinţa de a aborda situaţii dificile;
- hobby-uri;
- aspecte ale existenţei neafectate de comportamentul fobic;
- existenţa unor rude sau prieteni care să-l ajute;

- particularităţi ale personalităţii, cum ar fi perseverenţa şi simţul umorului.

Aceşti factori pot fi uşor identificaţi dacă întrebăm pacientul cum a făcut faţă fobiei sale în trecut.

Indicaţii nozografice

Majoritatea fobiilor se ameliorează semnificativ în urma tratamentului.

Pacienţii cu depresii severe sau cei dependenţi de alcool nu vor fi complezenţi la tratament decît dacă au primit înainte un tratament corespunzător, de regulă, psihiatric.

De asemenea, subiecţii cu tulburări de personalitate ridică alt gen de probleme: fluctuaţii ale motivaţiei, dependenţă exagerată sau ostilitate faţă de terapeut). Pentru aceştia, tratamentul durează mai mult.

Determinarea obiectivelor terapiei

Deşi obiectivul general al terapiei este evident, este important să se discute cu pacientul obiectivele specifice, deoarece acestea pot să nu corespundă cu cele ale terapeutului. De exemplu, un obiectiv al pacientului care nu concordă cu cel al terapeutului îl reprezintă aşteptarea unor miracole.

Astfel, de pildă, un pacient cu fobie socială poate dori să nu mai simtă niciodată anxietatea în situaţii sociale.

Acordul între pacient şi terapeut în privinţa scopurilor terapiei este absolut necesar pentru ca pacientul să se angajeze plenar în tratament.

Evaluarea comportamentului fobic

Evaluările sînt importante pentru a ne aduce informaţii cu privire la progresele din cursul tratamentului, ceea ce serveşte la planificarea, în continuare, a demersului terapeutic.

Pentru măsurarea comportamentului fobic cel mai frecvent se utilizează:

- Scalele ierarhice gradate;
- Testele de comportament.

O scală ierarhică reprezintă o listă a situaţiilor fobice care se foloseşte pentru a realiza expuneri gradate. Fiecare item este evaluat de pacient pe o scală gradată de la 0 la 10 sau de la 0 la 100, în funcţie de nivelul anxietăţii pe care îl produce.

N. B.! Construirea unei astfel de ierarhii este mai dificilă în practică decît în teorie, pentru că nu totdeauna este uşor să gradezi fricile pe o scală cu trepte mici.

Ierahizarea situaţiilor anxiogene pentru fobia înălţimii (Butler, 1989)

	Scor
1. Să priveşti pe fereastră de la jumătatea palierului I	5
2. Să priveşti de la etajul I pe fereastra închisă	7
3. Să priveşti de la etajul I pe fereastra deschisă	10
4. Să priveşti pe fereastra apartamentului unor prieteni de la etajul II	10-20
5. Să priveşti pe fereastra biroului situat la etajul V	30-40
6. Să te urci pe o scară pentru a schimba un bec	40
7. Să mergi pe un pod înalt în apropierea parapetului	50
8. Să mergi pe o cărare printre prăpastii	80
9. Să conduci pe o şosea muntoasă cu serpentine	90
10. Să mergi cu telecabina	95
11. Să cinezi în turnul Eiffel.	100

Sarcinile comportamentale

Un test comportamental constă în a face o acţiune care, de regulă, este evitată, notînd nivelul anxietăţii tot pe o scală de la 0 la 100 sau de la 0 la 10.

Prezintă avantajul că se poate evalua separat anxietatea anticipatorie şi durata anxietăţii în timpul realizării acţiunii.

Dezavantajul acestei tehnici constă în aceea că expunerea modifică evaluarea şi din acest motiv testele comportamentale nu pot fi aplicate prea frecvent în scop evaluativ.

Automonitorizarea

Ajută pacientul să-şi autoevalueze progresele în cursul terapiei, cît şi în cadrul temelor pentru acasă.

Jurnalul unui pacient agorafobic (după Butler, 1989)

Numele: Ana, M. Data: 12. I. 1997
Vîrstă: 32
Sex: F.
Ocupaţie
Sarcină: Să merg în fiecare zi la cumpărături în apropiere. Să merg o dată în oraş, dacă este posibil.

Sarcini zilnice	Anxietate anticipatorie	Anxietate actuală	Tremorul picioarelor	Medicament
1. Mers până la poştă în apropiere	4	2	+	0
2. Mers la cumpărături la un magazin mai îndepărtat, întoarcere cu autobuzul	5	2	0	0
3. Mers cu autobuzul în oraşul cel mai apropiat şi retur. (Am trăit o panică teribilă!)	5	7	++	0
4. M-am simţit îngrozitor. Am stat acasă. Am luat o pastilă. Am mers la alimentară 10 min.	6	4	+	1
5. Am mers cu autobuzul în oraşul vecin împreună cu N (2 ore). Nu cred că pot merge singură.	6	3	0	0

De dată mai recentă sînt evaluările de tip cognitivist, şi anume gîndurile negative sau predicţii în legătură cu ce crede că se va întîmpla dacă va fi în situaţia X.

(Exemplu: anxietatea mea va creşte de 7 (pe o scală 0–10) şi nu voi fi capabil să rămîn mai mult de 1 min.)

Subiectul trebuie interogat şi după ce s-a confruntat cu situaţia propriu-zisă, pentru a vedea dacă expectaţiile sale s-au confirmat, pentru că aceste expectaţii au un caracter catastrofizant („o să leşin"; „toţi vor rîde de mine"; „am să înnebunesc").

Psihoterapia propriu-zisă
(Butler, 1989)

La începutul ierarhiei trebuie să li se explice pacienţilor modul în care se formează simptomele şi cum se stabilizează cercul vicios.

Astfel, de pildă, unui pacient agorafobic i-a fost prea cald şi i s-a făcut rău în autobuzul care îl ducea la serviciu. În ziua următoare cînd s-a urcat în autobuz a fost cuprins de teama să nu i se facă rău din nou. A început să evite mersul cu autobuzul şi reacţia de evitare a contribuit la fixarea anxietăţii. Treptat, el a început să dezvolte anxietate anticipatorie şi şi-a convins soţia să-l ducă la serviciu cu maşina (anxietate anticipatorie şi reacţie de evitare a situaţiei anxiogene). Astfel, comportamentul celorlalţi faţă de pacient menţine reacţia acestuia de evitare. I se explică pacientului că scopul tratamentului este spargerea cercului vicios.

Şedinţele de psihoterapie trebuie însoţite de fiecare dată de tema pentru acasă.

Doar pacientul este cel care trece de la o treaptă la alta, iar terapeutul trebuie să-i reamintească faptul că la început se va înregistra o creştere a anxietăţii şi că pentru succesul terapiei este nevoie de perseverenţă şi curaj. Terapeutul trebuie, de asemenea, să adreseze încurajări pacientului.

În practică nu este atît de simplu să realizezi o expunere gradată şi din acest motiv este nevoie de multă creativitate din partea terapeutului şi pacientului.

Strategii

1. Dacă fobia este clar delimitată (de exemplu, fobie de animale sau de o anumită boală), se pot utiliza diverse forme de comunicare: pacientul va fi solicitat să citească, să scrie sau să vorbească depsre problema respectivă.

2. O altă strategie constă în a identifica factorii care tind să modereze nivelul anxietăţii trăite (astfel, trăirea unei situaţii sociale poate avea grade diferite de dificultate, în funcţie de numărul de persoane prezente, vîrstă, sex şi grad de autoritate în raport cu pacientul sau în funcţie de factori situaţionali, cum ar fi gradul de formalism al situaţiei, momentul din zi sau alte condiţii ale ambianţei).

Practica expunerii progresive nu este numai anxiogenă, ci şi plictisitoare.

O varietate largă de sarcini sporeşte motivaţia, încrederea, cît şi probabilitatea că progresele în ceea ce priveşte un aspect al fobiei se vor generaliza şi la alte aspecte.

Terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să găsească modalitatea de a se apropia de stimulii anxiogeni şi să depăşească manevrele subtile de evitare a acestora (de pildă, „mai bine stau azi acasă pentru că poate veni instalatorul"). În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să-şi exprime clar punctul de vedere:

„Fii atent la trăirile tale! Nu vezi că de fapt eviţi să faci un anumit lucru? Mai bine încearcă să te gîndeşti cum ai putea să faci ceea ce ţi se cere".

1) În unele cazuri sarcinile nu pot fi totdeauna clar specificate de la început, repetate sau gradate identic pentru că situaţiile fobice sînt variate şi uneori imprevizibile (nu putem şti cu precizie cine va veni la o petrecere). O modalitate de a

depăşi această situaţie constă în a nu menţine o ierarhie rigidă şi în a practica o varietate de sarcini în aceeaşi sătpămînă.

Aceasta le dă pacienţilor posibilitatea să opteze pentru exersarea anumitor situaţii asupra cărora ei pot avea un autocontrol minimal, cum ar fi, de exemplu, să pună întrebări, să asculte cu atenţie sau să utilizeze semnale de comunicare nonverbală (pentru fobia socială).

2) Unele situaţii, cum ar fi adresarea unei cereri sau semnarea unui cec, nu pot fi prelungite pentru că pacientul nu poate rămîne în situaţie pînă ce anxietatea se reduce. Cu toate acestea, astfel de situaţii pot fi utile ca sarcini de expunere, datorită efectelor lor cognitive: neconfirmarea expectaţiilor pacientului că va fi respins sau că va părea ridicol.

3. Mulţi pacienţi fobici afirmă că au încercat propria lor variantă de expunere la stimuli anxiogeni, dar fără succes.

Trebuie să li se explice faptul că una din cauzele eşecului a constat în aceea că ei nu au fost pe deplin implicaţi în situaţie (*declanşând un fel de neatenţie datorată anxietăţii excesive*). Pacienţilor trebuie să li se atragă atenţia că e absolut necesar să se gîndească la ceea ce fac atunci cînd realizează exerciţiile propuse.

Deşi terapia trebuie adaptată specificului pacientului, de regulă fobicii sînt trataţi individual în şedinţe de 45 minute, în care se trec în revistă progresele şi se planifică sarcinile de expunere progresivă care se realizează în afara şedinţelor.

Antrenarea în terapie a unui prieten sau rudă care să încurajeze, motiveze sau să sfătuiască pacientul s-a dovedit o metodă bună pentru agorafobici (Mathew, 1983). Rezultate pozitive şi durabile au fost obţinute în cinci şedinţe de psihoterapie.

a) Expunerea reală („in vivo")

Un obiectiv major al tratamentului este să furnizeze pacientului încrederea că poate face faţă unor situaţii pe care înainte le evita.

Din acest motiv, se pune un accent deosebit pe temele pentru acasă. Cu toate acestea, s-a dovedit util şi ca terapeutul să însoţească pacientul în momentul expunerii. Acest fapt contribuie la reducerea anxietăţii şi contribuie la parcurgerea mai rapidă a ierarhiei stimulilor anxiogeni.

Pericolul constă în aceea că pacientul se va baza mai mult pe terapeut decît pe sine însuşi. Din acest motiv, pacientul este sfătuit să lucreze şi independent şi să renunţe să mai fie însoţit de terapeut înainte de încheierea tratamentului.

Terapeutul poate grada expunerea „in vivo" împreună cu pacientul: la început îl poate însoţi într-o călătorie cu metroul, apoi terapeutul va călători în vagonul vecin şi în cele din urmă îl poate aştepta la sosire în staţie.

Terapia de grup

Asemănările dintre diferiţi pacienţi fobici îi fac pe aceştia potriviţi şi pentru terapia de grup. Membrii grupului sînt, adesea, capabili să-şi împărtăşească unul altuia ideile despre strategiile de a face faţă situaţiilor anxiogene.

Expunerea în grup se poate realiza sub forma unei ieşiri colective la cumpărături, pacienţii deplasîndu-se individual sau în perechi, în conformitate cu nevoile lor.

Se recomandă trei şedinţe pe săptămînă, fiecare şedinţă durînd o jumătate de zi, acestea fiind suficiente pentru a obţine un progres care să-i facă pe pacienţi să dorească să lucreze în continuare singuri, cu sprijin minimal.

b) Expunerea în plan cognitiv

În unele cazuri, cum ar fi, de pildă, fobia la zborul cu avionul, este dificil de organizat expuneri „in vivo". Expunerea în plan imaginativ trebuie să fie tot atît de gradată ca şi expunerea reală, iar cele două strategii trebuie să fie combinate, pe cît posibil.

Un pacient cu fobie la zborul cu avionul trebuie să repete secvenţa de zbor în imaginaţie, dar el va beneficia dacă va vorbi şi va citi despre zborul cu avionul, va face vizite la aeroport şi, bineînţeles, dacă va putea efectua o călătorie cu avionul. Expunerea în plan imaginativ este relativ dificil de a fi realizată de pacient, acesta trebuind să fie ghidat de terapeut.

Procedura standard constă în a solicita pacientul să-şi imagineze, în stare de relaxare, unul din itemii ierarhiei de stimuli anxiogeni. Pacientul trebuie să realizeze o imagine suficient de vie pentru a-i produce anxietate, să-şi imagineze respectiva situaţie cu cît mai multe detalii pînă cînd anxietatea dispare.

Itemii trebuie repetaţi în plan imaginativ pînă cînd provoacă puţină anxietate şi abia atunci se poate trece la itemul următor.

Aspectele cognitive ale terapiei

Terapeutul trebuie să aibă în vedere următorii factori care afectează progresul terapiei:

a) Factori care au avut influenţă în trecut:

- criticile frecvente;
- şocurile emoţionale (subiectul era cît pe ce să cadă de pe o stîncă).

Atîta timp cît evenimentele trecute nu afectează îndeplinirea sarcinilor prezente, ele pot fi ignorate (de exemplu, poate merge la magazin să-şi facă cumpărăturile).

Problemele trecute menţin focalizarea pe simptom şi reduc şansele de reuşită. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să pună accentul în discuţiile cu pacientul pe succesele acestuia şi să sublinieze aspectele pozitive ale diverselor situaţii.

Este, de asemenea, util să se ceară pacientului să scrie despre succesele sale.

b) Factori care afectează starea prezentă:

- hipervigilenţa: anxioşii au un prag scăzut de percepere a ameninţării.

Hipervigilenţa este neproductivă şi menţine simptomul (un subiect cu fobie la zborul cu avionul va detecta toate ştirile referitoare la catastrofele aeriene). În astfel de cazuri, este utilă relaxarea sau o tehnică de distragere.

- interpretările greşite: anxioşii au tendinţa de a interpreta evenimentele, mai ales cele ambigue, într-un mod ameninţător (Butler şi Mathews, 1983); astfel, cînd o agorafobică simte că i se înmoaie picioarele, ea crede că va leşina; sau cînd un prieten nu răspunde la telefon, un subiect cu fobie socială consideră că a fost respins.

În astfel de situaţii, aceste interpretări trebuie identificate şi trebuie furnizate explicaţii alternative, care urmează să fie testate în timpul expunerii (de pildă, o agorafobică nu mai simte că i se înmoaie picioarele cînd vorbeşte cu o prietenă. Deci ea poate ajunge la concluzia că senzaţia că se înmoaie picioarele este mai curînd un semn de anxietate decît un indicator că îşi va pierde cunoştinţa).

Este important ca pacienţii să ajungă să-şi găsească singuri explicaţiile alternative pentru a învăţa cum se realizează acest lucru, deşi în fazele iniţiale ale psihoterapiei e bine ca terapeutul să ofere sugestii.

c) Factori care afectează starea viitoare

Pacienţii fobici prezintă frecvent modele de gîndire produse de anxietatea anticipatorie: „nu numai că voi rămîne închis în lift, dar nu se va găsi nici o persoană care să mă scoată".

Acest model cognitiv afectează şi evoluţia terapiei: „nu numai că tratamentul va fi dificil, dar nici măcar nu mă va ajuta".

Factorul perturbator trebuie identificat, formulat în termenii pacientului şi trebuie destructurat prin intermediul testării în sfera comportamentală.

Aspecte cognitive specifice ale fobiilor

Mai ales fobiile sociale implică numeroase componente cognitive – gînduri legate de faptul că subiectul este criticat, evaluat, rejectat.

În cazul agorafobiei apar mai ales gînduri legate de faptul că subiectul va leşina sau că îşi va pierde autocontrtolul.

Se pun pacientului întrebări de tipul:

„Cînd te simţi speriat, la ce te gîndeşti?"

„Care este cel mai rău lucru care crezi că se poate întîmpla?"

Nu totdeauna este indicată expunerea la situaţia cu aspectul cel mai anxiogen. De pildă, în cazul unui pacient cu fobie socială, expunerea la o evaluare negativă este dificil de aranjat şi este traumatizantă. Mai utilă este aranjarea unei situaţii în care poate apărea o evaluare negativă a subiectului, dar în cadrul căreia frica de cel mai rău lucru ce i se poate întîmpla trebuie să fie infirmată.

Factorii cognitivi pot împiedica pacientul şi să se implice în tratament, nu numai să întîrzie evoluţia acestuia.

Metode adiţionale de tratament

1) Tehnici de control al anxietăţii.

În general, pentru a fi eficiente, tehnicile de expunere trebuie să producă anxietate. Cu toate acestea, reducerea anxietăţii în anumite limite contribuie la formarea deprinderilor de autocontrol la pacienţii fobici.

Pacienţii care îşi pot controla pînă la un anumit nivel simptomul, vor progresa mai rapid în ierarhia stimulilor tot mai anxiogeni, vor fi mai capabili să facă faţă anxietăţii anticipatorii şi vor fi capabili să aplice deprinderile achiziţionate cînd se vor simţi anxioşi.

Aceste metode sînt:

a) Relaxarea, care se potriveşte cu precădere pacienţilor cu simptome somatice ale anxietăţii (dar nu numai acestora). Se utilizează antrenamentul autogen al lui Schultz sau metoda relaxării progresive (Jacobson).

b) Încordarea dirijată.

Mai ales la subiecţii cu fobie de sînge se înregistrează o structură particulară de simptome: iniţial se înregistrează o accelerare a pulsului şi creşterea tensiunii arteriale, urmate de o scădere rapidă care se încheie frecvent cu leşin. În astfel de situaţii, o încordare voluntară a muşchilor braţelor, picioarelor şi toracelui va preveni căderea de tensiune şi leşinul.

Ost şi Steiner (1987) propun în astfel de situaţii următoarea schemă de tratament. La început, subiecţii învaţă metoda modelării şi prin practică învaţă să-şi încordeze voluntar musculatura pentru 10-15 secunde şi apoi să revină la starea normală. După aceea ei sînt expuşi gradat la o serie de stimuli în care pot urmări scene unde se vede sînge. Ei sînt învăţaţi să detecteze primele semne de cădere de tensiune şi să le oprească prin intermediul încordării musculare.

c) Tehnica distragerii.

A acorda atenţie simptomelor produse de anxietate nu face decît să perpetueze cercul vicios. Distragerea poate inversa acest proces.

Tehnica este utilă ca strategie pe termen scurt, dar este nefolositoare pe termen lung, mai ales cînd subiectul o foloseşte ca să evite simptomele sau angajarea în cadrul tehnicii expunerii.

Distragerea implică îndreptarea atenţiei spre stimuli exteriori (de exemplu, să descrie mobilierul din cameră).

d) Identificarea gîndurilor negative şi găsirea unor gînduri aleternative.

e) Jocul de rol.

Se foloseşte mai frecvent în tratamentul fobiilor sociale, jocul de rol putînd fi considerat o tehnică de expunere. Astfel, pot fi utilizate tehnicile psihoterapiei asertive pentru

pacienţii care au dificultăţi să-i refuze pe ceilalţi. (Problema, în aceste situaţii, este că pacientul nu poate fi asertiv fără să fie agresiv. În astfel de cazuri, se repetă diverse variante de răspuns pînă cînd pacientul descoperă comportamentul adecvat).

Tehnica se aplică simplu după modelul „să presupunem că eu sînt şeful tău. Arată-mi cum te-ai adresa dacă i-ai cere să-ţi schimbe programul". Inversarea rolurilor îl poate face pe pacient conştient de efectele comportamentului nonasertiv al altora şi de avantajele de a fi mai asertiv. De asemenea, a privi pe caseta video pe care este înregistrat comportamentul pacientului îi poate demonstra acestuia faptul că starea sa subiectivă este mai rea decît comportamentul vizibil în exterior.

f) Tehnica repetiţiei (antrenamentului).

Reprezintă un mod prin care subiectul se pregăteşte pentru expunere. Mulţi fobici susţin că în mintea lor se face un gol cînd sînt confruntaţi cu obiectul fobiei lor sau cînd sînt cuprinşi de panică.

Tehnicile pentru a face faţă anxietăţii intense trebuie repetate mental. Subiectul este învăţat să repete întrebările pe care le va adresa sau subiectele despre care va vorbi într-o situaţie socială.

Se poate face repetiţie, de pildă, pentru vorbitul în public.

g) Modelarea.

Este o tehnică indirectă, prin intermediul căreia terapeutul demonstrează pacientului cum să se apropie de obiectul fobiei sale (de exemplu, un şarpe).

h) Medicaţia anxiolitică.

Efectul benefic al expunerii este redus de medicaţia anxiolitică pentru că pacientul pune starea de calm care se instalează în faţa obiectului fobiei pe seama tratamentului şi nu pe seama propriilor sale acţiuni.

Cu toate acestea, sînt situaţii în care medicaţia anxiolitică e utilă cînd se ivesc situaţii pentru care pacientul nu a

avut timp să se pregătească, dar utilizarea sistematică a tranchilizantelor trebuie descurajată.

Factorii care complică tratamentul pacienţilor fobici (Butler, 1989)

1. Tulburările afective sînt următoarele:
- tulburare afectivă cu anxietate generalizată;
- depresia;
- atacurile de panică (aceasta din urmă este cel mai frecvent întîlnită la agorafobici).

În astfel de cazuri se indică o combinaţie de metode, cum ar fi: respiraţia controlată, restructurarea cognitivă şi tehnica expunerii (este utilă mai ales pentru pacienţii care suferă de atacuri de panică şi anxietate situaţională).

Depresia accentuată asociată cu lipsa de energie, oboseală şi incapacitatea de concentrare a atenţiei poate întîrzia tratamentul pentru că subiectul nu are forţa să-şi ducă la bun sfîrşit temele pentru acasă.

Din acest motiv, este necesar ca depresia să fie tratată separat.

Decizia pentru a stabili care tulburare să fie tratată mai întîi trebuie luată ţinînd seama de faptul dacă fobia reprezintă factorul primar care a generat depresia sau nu.

Atît în cazul agorafobiei, cît şi al fobiei sociale, depresia nu face decît să întreţină fobia pentru că accentuează tendinţa de retragere a subiectului fobicii depresivi fiind uşor de descurajat.

2. Tulburările de personalitate

Prezenţa unei tulburări de personalitate nu trebuie să constituie un motiv pentru a renunţa la tratament. În astfel de cazuri, progresul e mai lent pentru că ostilitatea, dependenţa sau imaginea de sine scăzută pot interfera cu demersul psihoterapeutic.

Dependența de alcool sau de droguri

Dacă dependența este severă, așa cum se întîmplă la aproximativ 7% din agorafobici și 20% din subiecții cu fobie socială (Amies, Gelder și Shaw, 1983), tratamentul trebuie început cu tratamentul dependenței, abia apoi trecîndu-se la terapia fobiei. În cazuri mai puțin grave, se poate îmbina tehnica expunerii progresive cu cea a controlului simptomelor, astfel încît pacientul să substituie o formă de control cu alta, mai puțin nocivă.

Majoritatea autorilor sînt de părere că medicația anxiolitică trebuie redusă progresiv.

Probleme interpersonale

Sînt frecvente la agorafobici, unde teama legată de stabilitatea unei relații poate contribui la menținerea fobiei, pentru că este dificil să abandonezi pe cineva care nu se poate descurca singur.

În același timp, partenerul poate să considere dificil să manifești simpatie pentru fricile iraționale ale pacientului. Partenerul poate înțelege greșit problema sau poate să-și asume sarcinile dificile ale pacientului împiedicînd expunerea progresivă.

Totuși, în majoritatea cazurilor, prezența unui prieten sau rude apropiate este utilă pentru succesul terapiei. Trebuie însă ca acestei persoane să îi fie clar explicate principiile psihoterapiei. Dificultățile care apar în cursul terapiei, cum ar fi, de pildă, nerespectarea îndeplinirii temelor pentru acasă, pot fi abordate prin intermediul unor tehnici cognitive. Acestea trebuie utilizate pentru a explora motivele eșecurilor, care pot implica atît dificultăți practice de organizare a timpului, cît și gînduri iraționale, cum ar fi acela că fobia este transmisă ereditar sau este nemodificabilă.

Terapeutul trebuie să susțină speranța pacientului, fără a-i garanta succesul în mod categoric, acesta depinzînd de eforturile personale ale pacientului. Terapeutul trebuie să sub-

linieze succesele pacientului, aducîndu-l pe acesta la convingerea că cu cît exersează mai mult, cu atît se va simţi mai bine.

De asemenea, trebuie discutate cu pacientul expectaţiile pentru viitor, atrăgîndu-i-se atenţia că fluctuaţia anxietăţii, în cazul fobiilor, şi micile recăderi sînt un fenomen obişnuit, cît şi faptul că recăderile ţin şi de unii factori situaţionali (stres, îmbolnăvire etc.).

Pacientul trebuie convins că indiferent de cauza care produce recăderea el va putea face faţă situaţiei folosind strategiile învăţate în cursul psihoterapiei.

Înainte ca tratamentul să se încheie, trebuie elaborat împreună cu pacientul un program pentru viitor pentru ca acesta să poată face faţă dificultăţilor ce pot să mai apară. Acesta trebuie exprimat cu cuvintele pacientului şi trebuie să cuprindă strategiile folositoare în diverse situaţii.

Acelaşi autor ne propune un model de plan pentru viitor (Butler, 1989):

1. Nu te da în lături de la lucruri dificile. Fă-le repede înainte de a avea timp să te îngrijorezi din cauza lor.

2. Aminteşte-ţi de cîte ori a trebuit să exersezi mersul la poştă înainte de a te simţi bine. Acum şi mersul la piaţă sau la magazin în oraş este învăţat.

3. Fă exerciţii de relaxare măcar o dată pe săptămînă.

4. Nu te lăsa compleşit de grozăvia situaţiei; este mai constructiv să te gîndeşti la progresele realizate şi la ce ai de făcut în viitor. Notează paşii mici la orice ai de făcut.

5. Revezi jurnalele care îţi arată cum au progresat lucrurile şi cît de mult a trebuit să lucrezi asupra ta pînă cînd lucrurile s-au îmbunătăţit.

6. Mergi la magazin sau la piaţă singur(ă), nu numai însoţit(ă), deşi ţi-e mai comod aşa.

7. Planifică-ţi să mergi la toate *concertele* lunile viitoare.

8. Expiră lent atunci cînd te simţi rău.

9. Nu te gîndi la ceea ce e mai rău. Cel mai rău lucru nu s-a întîmplat încă.

Dacă lucrurile merg din nou prost:

1. Aminteşte-ţi că toată lumea are recăderi. Nu poţi trece prin viaţă fără să ai şi perioade proaste.

2. Planifică-ţi depăşirea situaţiei în etape. Notează fiecare etapă şi caută să le parcurgi pas cu pas. Notează de fiecare dată cum te simţi.

3. Practică exerciţiile zilnic.

4. Vorbeşte cu familia ta despre cele întîmplate.

Unul din obiectivele tratamentului este ca pacientul să capete încrederea că va putea să-şi rezolve problemele singur.

Terapeutul va accentua acest obiectiv, plasînd gradat responsabilitatea pe umerii pacientului, devenind tot mai puţin directiv şi mărind intervalul dintre şedinţele de psihoterapie.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 7

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările obsesive

Obsesiile sînt gînduri, imagini şi impulsiuni parazite, nedorite şi intruzive. Ele sînt, de regulă, privite de subiect ca fiind absurde, inacceptabile şi greu de înlăturat (Salkovskis şi Joan Kirk, 1989). O dată ce se instalează obsesia, ea este însoţită de sentimente de disconfort şi anxietate şi de nevoia subiectului de a o neutraliza. Încercările de neutralizare iau forma comportamentului compulsiv (de exemplu, spălat pe mîini, bătut în lemn etc.).

Adesea, acest comportament este acompaniat şi de o senzaţie subiectivă de rezistenţă la îndeplinirea comportamentului compulsiv.

Comportamentul compulsiv se desfăşoară într-o formă stereotipă sau după unele reguli fixe şi punerea lui în aplicare este însoţită de o descărcare temporară a anxietăţii. Subiectul nutreşte convingerea că dacă nu-şi va duce la îndeplinire ritualul, anxietatea sa va creşte foarte mult.

Comportamentul compulsiv (de neutralizare) implică o modificare în activitatea mentală a subiectului, în sensul că acesta îşi abate gîndul în mod deliberat de la ideea obsesivă.

Pacienţii dezvoltă şi comportamente de evitare, îndreptate în mod special în direcţia evitării stimulilor declanşatori ai comportamentului obsesiv.

Din punct de vedere clinic, fenomenele obsesiv-compulsive se împart în (Rachman şi Hedgson, 1980):

- Ruminaţii obsesive – gînduri obsesive fără comportamente compulsive evidente (acoperite);
- Ritualuri obsesive – obsesii cu comportamente compulsive deschise.

Ideile obsesive, imaginile şi impulsurile obsesive implică, de regulă, conţinuturi care îi repugnă subiectului. Cu cît conţinuturile respective sînt mai inacceptabile, cu atît subiectul va simţi un disconfort mai mare.

O tematică uzuală a pacienţilor cu tulburare obsesiv compulsivă se referă la tendinţa de a face ceva rău cuiva, urmată de tendinţa de a preveni acest rău potenţial.

Obsesia spălatului pe mîini seamănă mai mult cu o fobie deoarece subiectul se teme de contaminare şi dezvoltă comportamente de evitare pentru a preveni contaminarea.

Principalele tipuri de obsesii:

- de contaminare;
- de violenţă fizică a propriei persoane sau a celorlalţi (de exemplu: „îmi voi ucide copilul", dar pacienta nu rămîne singură cu copilul, caută asigurări, ascunde cuţitele, pungile de plastic etc.);
- obsesia morţii (de exemplu: are imaginea fiinţelor dragi moarte);
- obsesia accidentelor;
- obsesia unui comportament inacceptabil (de exemplu: „o să spun o obscenitate", dar pacientul încearcă să-şi păstreze autocontrolul, evită situaţiile sociale, îi întreabă pe ceilalţi dacă comportamentul său a fost acceptabil într-o anumită situaţie);
- obsesii sexuale (preocupări pentru organe sexuale sau acte sexuale inacceptabile (de exemplu: „voi comite un viol", dar pacientul evită să stea singur cu o femeie, încearcă să-şi abată gîndul de la problemele sexuale);

- obsesii religioase (îndoieli cu privire la religie, blasfemii);
- obsesia ordinii (lucrurile să fie la locul lor, acţiunile să se desfăşoare într-o anumită ordine);
- obsesii fără sens: fraze fără sens, imagini, melodii, numere (de exemplu, aude „în cap" melodia de la actualităţi în timp ce citeşte şi repetă unele acţiuni pînă cînd reuşeşte să citească acelaşi pasaj fără să mai audă melodia cu „urechile minţii").

Modelul psihologic al comportamentului obsesiv-compulsiv implică:

1. Evitarea obiectelor sau situaţiilor care declanşează obsesia;

2. Obsesia. Comportamentul compulsiv şi ritualurile mentale.

Cînd, în ciuda comportmanetului de evitare, obsesia se instalează totuşi, urmează declanşarea comportamentului compulsiv (*ritualului*).

Dacă obsesiile sînt persistente şi ritualurile capătă un caracter extensiv, la pacienţi se poate manifesta un comportament ritualist aparent independent de obsesie; mai precis, cînd pacientul se confruntă cu un stimul declanşator al obsesiei, acesta declanşează comportamentul compulsiv (de neutralizare) înainte ca obsesia să apară, pentru a preveni apariţia acesteia (de exemplu: o pacientă încerca de 50-60 de ori să verifice dacă uşa e încuiată, astfel încît ideea obsesivă că vor intra hoţii nici nu mai apărea).

În cele ce urmează este prezentat modelul psihologic al tulburării obsesiv-compulsive.

1. Obsesiile sînt gînduri asociate cu o stare de anxietate (condiţionată). Anxietatea legată de gînduri negative scade, de regulă, dacă nu se produce o nouă condiţionare.

În cazul ideilor obsesive, anxietatea nu se reduce datorită apariţiei comportamentului compulsiv.

2. Compulsiunile sînt comportamente voluntare manifeste sau gînduri, care urmează ideile obsesive şi pot conduce la o eliberare de anxietate sau disconfort psihic. Comportamentele compulsive se fixează prin întărire datorită reducerii anxietăţii pe care o provoacă. Astfel, ele produc o eliberare, pe termen scurt, de stres.

Compulsiunile şi evitarea au un rol preventiv în raport cu apariţia obsesiilor.

Cheia tratamentului constă în aceea că dacă pacientul opreşte comportamentul compulsiv, el descoperă că lucrul de care se teme nu se petrece cu adevărat.

Tratamentul constă în a expune pacientul la stimulii anxiogeni şi în încurajarea sa de a bloca acele comportamente care previn sau încheie respectiva expunere la stimulii anxiogeni. În acelaşi timp, se indică reevaluarea fricilor, astfel încît pacientul să descopere că fenomenul de care se teme nu se produce cu adevărat.

Evaluarea (Salkovskis şi Joan Kirk, 1989)

Constă în interviul clinic cu detalii, teme pentru acasă, automonitorizări şi observaţia directă.

Scopurile evaluării sînt:

1. acordul în ceea ce priveşte lista de probleme;

2. subiectul trebuie să ajungă la formularea precisă a problemei în termeni psihologici, formulare care să implice factorii predispozanţi, precipitatori şi cei care menţin problema-simptom;

3. aprecierea faptului dacă tratamentul psihologic este indicat;

4. să ofere mijloace pentru măsurarea progresului terapiei.

Ca de obicei, în cursul terapiei cognitiv-comportamentale, evaluarea şi tratamentul merg mînă în mînă, astfel încît aspectul crucial al evaluării îl reprezintă reacţia la expunere

(fără comportamentul de neutralizare) atît în timpul şedinţelor de terapie, cît şi între acestea, precum şi în timpul temelor pentru acasă.

Indicaţia pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală

Decizia în legătură cu faptul dacă pacientului i se potriveşte sau nu acest gen de psihoterapie depinde de situaţia dacă obsesia reprezintă o tulburare primară sau secundară altei tulburări psihice sau organice, cît şi de dorinţa pacientului de a se angaja în terapie. Dacă obsesia este secundară altei afecţiuni, de pildă unei depresii, se indică terapia tulburării primare.

Trebuie subliniat şi faptul că deşi incidenţa schizofreniei la obsesivi nu este mai mare decît în rîndul populaţiei obişnuite, totuşi pacienţii schizofreni prezintă adesea trăsături obsesive. Aceste simptome sînt însă clar delimitate de tulburările obsesive în adevăratul sens al cuvîntului, pentru că sînt strîns legate de simptomele primare: sînt atribuite unor forţe străine, pacientul nu le consideră absurde şi crede în ele cu tărie. La pacienţii diagnosticaţi iniţial cu schizofrenie se impune o verificare a diagnosticului pentru că adesea pacienţi cu tulburări obsesive severe sînt diagnosticaţi ca psihotici.

Interviul preliminar

Începe cu o întrebare de tipul: „Poţi să-mi spui ceva despre problema pe care o ai în ultimul timp?". Apoi, terapeutul focalizează interviul întrebînd pacientul în legătură cu modul în care l-a afectat problema săptămîna trecută. O dată obţinut tabloul general al simptomului, focalizarea merge în direcţia unor exemple concrete legate de problema simptom.

Terapeutul trebuie să caute puncte-cheie care să fie indicatori ai unor conexiuni funcţionale, cum ar fi evenimentele care tind să declanşeze gînduri sau comportamente specifice.

Se întreabă astfel: „Mă interesează în mod special gîndurile care îţi vin în minte şi te deranjează şi cît şi tot ceea ce simţi că trebuie să faci în legătură cu gîndurile respective".

Analiza comportamentală se realizează prin intermediul unor întrebări directe, cu ajutorul cărora terapeutul obţine informaţii cu privire la aspectele emoţionale (subiective), fiziologice şi comportamentale ale problemei.

Se obţin date cu privire la:

Factori cognitivi şi subiectivi:
- Forma obsesiei: gînd, imagine, impulsiune.
- Conţinutul obsesiei.
- Factorii cognitivi care declanşează apariţia obsesiei.
- Factorii cognitivi neutralizanţi (verificări mentale, alte gînduri; modalităţi de a „aşeza lucrurile la locul lor").
- Modalităţi cognitive de evitare.
- Rezistenţele subiective la obsesie.
- Perceperea subiectivă a lipsei de sens a obsesiei.

Factori emoţionali:
- Modificări ale dispoziţiei asociate cu obsesia: anxietate, depresie, disconfort.
- Tipul de asociere: dacă modificarea dispoziţiei precede sau urmează obsesia sau ambele se declanşează simultan.

Factori comportamentali:
- Stimuli declanşatori ai comportamentului obsesiv.
- Modalităţi deschise de evitare a situaţiilor în care apar obsesiile (nu intră în situaţie).
- Modalităţi deschise active de evitare: comportamente care au menirea de a controla apariţia obsesiilor.
- Ritualizările explicite.
- Solicitările de asigurare (cere altora să îndeplinească sarcini care au legătură cu obsesia).

Factori fiziologici:
- Elemente declanşatoare.
- Modificări fiziologice consecutive apariţiei obsesiei.

Istoria problemei:

Debutul şi dezvoltarea tulburării şi comportamentelor legate de aceasta (obsesii, neutralizare, evitare).

Nivelul handicapului pe plan profesional, social, sexual, cît şi viaţa de zi cu zi.

Relaţii semnificative

Beneficiile şi costurile schimbării.

Se utilizează şi observarea directă a comportamentului subiectului în timpul terapiei şi prin vizite la domiciliul pacientului, cît şi interogarea membrilor familiei cu privire la simptomele prezentate de pacient.

Automonitorizarea implică realizarea unor jurnale, în cadrul cărora subiectul notează stările afective, gîndurile şi ritualurile sale.

Foarte importanţi pentru psihoterapeut sînt şi factorii care fac simptomul să fie mai mult sau mai puţin intens. Pentru a-i evidenţia, terapeutul adresează întrebări de tipul: „Există ceva care te determină să faci mai mult sau mai puţin ceea ce faci?"

Aceşti factori de modelare pot fi situaţionali, afectivi, cognitivi sau interpersonali.

Formularea problemei trebuie să fie de tipul următor:

„Din cele ce mi-aţi descris, se pare că suferiţi de o tulburare obsesiv-compulsivă. În cazul unei astfel de tulburări, oamenii sînt asaltaţi de gînduri care îi deranjează şi ei sînt foarte speriaţi sau îngrijoraţi de acest lucru. În cazul dv., de exemplu, vă vine în minte gîndul că aveţi microbi şi că veţi îmbolnăvi restul familiei. Sînteţi conştient de faptul că este puţin probabil ca acest lucru să se întîmple şi, totuşi, nu vă puteţi împiedica să vă spălaţi din ce în ce mai des pe mîini. Din nefericire, toate acţiunile pe care le întreprindeţi vă fac să

vă simţiţi uşurat pentru moment, dar pe termen lung situaţia devine din ce în ce mai rea. Cu cît încercaţi mai mult să scăpaţi de problemă prin comportamente de evitare a ei, cu atît ea parcă devine mai reală şi vă supără tot mai mult. Seamănă ceea ce am spus eu cu ceea ce simţiţi?"

După ce s-au realizat modificările de rigoare în funcţie de cele spuse de pacient, terapeutul trece la descrierea tipului de tratament:

„Cea mai bună modalitate de a face faţă gîndurilor care vă torturează este să vă obişnuiţi cu ele fără să mai faceţi diverse lucruri pentru a le preveni, cum ar fi, de pildă, să vă spălaţi de prea multe ori pe zi. Acest lucru vă poate ajuta în multe feluri: vă puteţi obişnui cu lucrurile care vă sperie, vă puteţi desfăşura existenţa în mod normal şi, mai mult, descoperiţi că lucrurile de care vă este cel mai frică nu se întîmplă cu adevărat. Cea mai importantă parte a tratamentului are scopul de a vă ajuta să realizaţi acest lucru. Cînd veţi încerca să realizaţi ceea ce v-am spus, veţi deveni la început mai anxios, dar curînd veţi observa că anxietatea scade chiar mult mai repede decît v-aţi aşteptat. Cum vi se pare acest gen de terapie?"

În discuţia cu pacientul, accentul trebuie să cadă atît pe autocontrol, cît şi pe colaborarea acestuia în cursul psihoterapiei. Terapia se realizează de 2-3 ori pe săptămînă şi o şedinţă durează aproximativ o oră. Cele învăţate în timpul şedinţei de psihoterapie vor trebui puse în practică şi exersate acasă. „Cea mai importantă parte a terapiei constă în ceea ce faceţi dv. acasă".

Tratamentul este limitat în timp şi durează cam 20 de şedinţe (depinde de severitatea tulburării). Limitarea în timp este absolut necesară, dar ea poate fi modificată în funcţie de evoluţia tratamentului.

Testele comportamentale se pot realiza şi în cabinetul terapeutului. Exemplu: unui pacient cu fobie de microbi i se poate cere să atingă talpa pantofului şi să evalueze gîndurile şi stările afective pe care le trăieşte.

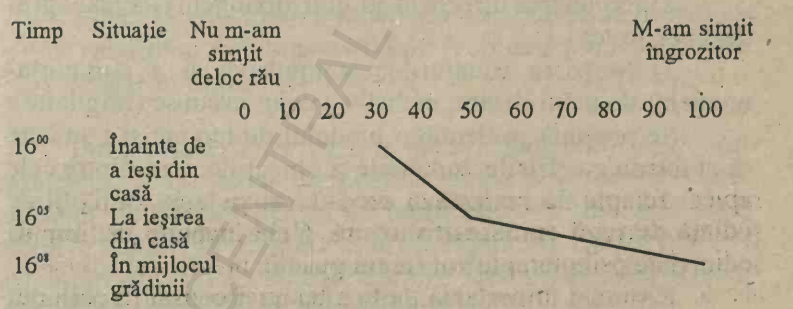
Automonitorizarea include:

- Jurnalul gîndurilor obsesive; cea mai elementară formă constă în a bifa ori de cîte ori apare un gînd obsesiv şi a contabiliza frecvenţa.
- Jurnalul comportamentului compulsiv: implică mai ales timpul acordat diverselor ritualuri.
- Notarea pe o scală gradată a gradului de disconfort: nevoia de a mentaliza „răul", depresie, anxietate.

Acest gen de foaie de observaţie dă indicaţii cu privire la progresul terapiei.

Model de scală pentru un subiect cu obsesia că se va otrăvi cu insecticide (după Salkovskis şi Joan Kirk, 1989)

Descrierea comportamentului: mers pe iarbă, unde s-a stropit cu insecticide, fără să se spele pe mîini timp de 30 de minute.



Dificultăţile interviului de evaluare

1. Pacienţii au un sentiment de jenă mai ales cînd obsesiile sînt absurde şi le scapă de sub control.

2. Frecvent ei cred şi faptul că ceilalţi oameni îi vor considera nebuni dacă au asemenea gînduri.

3. Alţi pacienţi au ideea că dacă vorbesc despre obsesiile lor, acestea vor deveni mai puternice şi mai reale sau că răul de care se tem se va întîmpla cu adevărat.

4. Sînt şi pacienţi care consideră obsesiile semne ale unei schizofrenii.

5. Cred că dacă dezvăluie gînduri agresive şi imorale, terapeutul va informa poliţia şi vor fi arestaţi.

6. Prin definiţie, gîndurile obsesive sînt inacceptabile pentru pacienţi, ceea ce îi face adesea să fie rezervaţi în descrierea lor, considerînd că ceilalţi (inclusiv terapeutul) îi vor respinge din cauza acestor gînduri (consideră că datorită simptomului nu sînt acceptaţi).

Psihoterapia tulburării obsesiv-compulsive (Salkovskis şi Joan Kirk, 1989)

Implică următoarele principii:

1) Expunerea deliberată la toate situaţiile pe care pacientul le evita înainte.

2) Expunerea directă la stimuli anxiogeni (inclusiv gînduri negative).

3) Stoparea ritualurilor compulsive şi a comportamentelor de neutralizare, inclusiv a celor ascunse (implicite).

Se prezintă pacientului modelul de terapie şi i se cere să-şi formuleze fricile, îndoielile şi obiecţiile. Una dintre cele mai frecvente frici constă în aceea că anxietatea va fi atît de puternică încît pacientul nu o va putea suporta, în loc să descrească, aşa cum afirmase terapeutul.

Urmează formularea, împreună cu pacientul, a planului de psihoterapie, cu negocierea unor perioade de expunere scurte, medii sau mai lungi la situaţia anxiogenă. Fiecare expunere este discutată dinainte cu pacientul, astfel încît acesta să nu aibă surprize. Astfel, pentru pacientul obsedat că se va intoxica cu insecticide, un model de sarcină de expunere îndelungată constă în a-i cere să-şi stropească grădina fără să se spele pe mîini după aceea. O sarcină scurtă a constat în a-i cere în primele zile ale tratamentului să ridice un ziar de pe jos fără să se spele pe mîini.

Sarcinile de expunere se realizează in vivo şi ele trebuie alese progresiv, astfel încît să provoace un disconfort moderat (după scalele de evaluare). De asemenea, sarcinile trebuie să corespundă cu stilul de viaţă al pacientului, astfel încît succesul să asigure autoîntărirea.

Trebuie subliniat faptul că pacienţii obsesivi sînt adesea atît de tulburaţi de problemele lor încît nu sînt prea complezenţi să efectueze teme pentru acasă sau nu sînt sinceri în legătură cu îndeplinirea acestora. Ei trebuie pregătiţi pentru acest gen de dificultăţi prin afirmaţii de tipul:

- „Dificultăţile de a-ţi îndeplini temele sînt frecvente". „E foarte bine aşa, pentru că ori de cîte ori o temă ţi se va părea dificilă, noi putem afla ceva mai mult despre problema ta şi despre modul în care ea te afectează".
- „E important să te străduieşti să-ţi duci la îndeplinire sarcina trasată, dar dacă nu poţi, este util să notezi în detaliu ce anume s-a petrecut, pentru ca să putem să abordăm mai bine astfel de probleme atunci cînd ele apar în viitor".

Introducerea care trebuie făcută pacientului înaintea expunerii. Majoritatea terapeuţilor consideră această etapă deosebit de dificilă pentru că mulţi pacienţi trec prin stări afective negative puternice în urma expunerii. Cu toate acestea, mulţi pacienţi acceptă să tolereze acest nivel de stres dacă sînt convinşi de eficienţa tratamentului.

Pacientului trebuie să i se explice că anxietatea nu va deveni intolerabilă şi că ea nu va dura mai mult de 20 - 30 minute, cît şi faptul că anxietatea face parte din tratament. I se explică, de asemenea, că după 2-3 expuneri, anxietatea tinde să scadă şi acesta este semnul că psihoterapia are efect.

Expunerea trebuie să se realizeze gradat şi sarcinile nu trebuie să fie atît de dificile încît pacientul să nu poată continua terapia.

Modelarea: se referă la situaţia în care terapeutul îndeplineşte în faţa subiectului sarcina prescrisă. Astfel, de pildă, atinge cu mîna scaunul de la WC.

Modelarea are două roluri importante:

a) arată pacientului exact ce trebuie să facă;

b) are funcţia de a asigura o mai bună cooperare a pacientului cu terapeutul.

Terapeutul trebuie să renunţe la modelare pe măsură ce terapia progresează, pentru că aceasta securizează prea mult pacientul. În primele 2 săptămîni, pacientul este văzut de terapeut de 2-3 ori pe săptămînă, cîte o jumătate de oră (şedinţa se poate prelungi, dacă e nevoie). În general, nu este indicat să se încheie şedinţa atunci cînd nivelul anxietăţii pacientului a atins nivelul maxim. Şedinţa se va prelungi pînă cînd se produce o scădere a disconfortului psihic al pacientului.

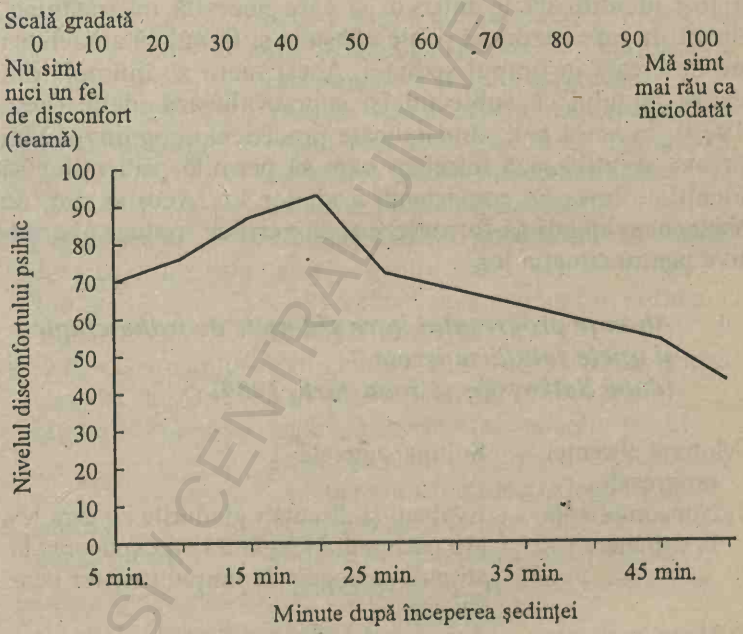
După 2 săptămîni, şedinţele se reduc la una pe săptămînă. Tratamentul progresează prin intermediul temelor pentru acasă, care sînt sarcini realizate la început împreună cu terapeutul.

În timpul tuturor şedinţelor şi al temelor pentru acasă, pacientul notează gradul de disconfort psihic, cît şi tendinţa de a-l neutraliza (tendinţa de a declanşa acţiuni ritualiste). Dificultăţile întîlnite pe parcursul terapiei sînt discutate împreună cu terapeutul. Pacientului i se poate cere să-şi planifice singur sarcinile pentru acasă.

Pacientul obsesiv este permanent în căutare de asigurări din partea celorlalţi (de exemplu, că nu va infecta pe cineva dacă va da mîna cu respectiva persoană sau că nu se va infecta pe el etc.). Din acest motiv, este tentant pentru terapeut să reducă anxietatea pacientului acordîndu-i asigurări permanente, dar acest demers este sortit eşecului. Şi nu numai atît. Se poate produce un fel de cerc vicios între pacient şi terapeut, cerc vicios în cadrul căruia pacientul solicită asigurări (că acel lucru rău nu se va întîmpla) şi terapeutul i le dă. Acest cerc vicios tinde să îmbrace forma unui comportament ritualizat, care blochează abordarea directă a simptomului obsesiv.

Este indicat ca şi membrii familiei să fie instruiţi să nu mai dea asigurări permanente pacientului şi să-i răspundă, eventual, cam în felul acesta: „Terapeutul mi-a interzis să răspund la astfel de întrebări" (Marks, 1981).

Model de foaie de observaţie în cadrul căreia pacientul îşi notează gradul de disconfort psihic (anxietate) în timpul şedinţei de psihoterapie. (Se poate utiliza şi la temele pentru acasă).



Dificultăţile întîlnite în cursul psihoterapiei

În majoritatea cazurilor, expunerea şi prevenirea răspunsului sînt încununate de succes. Cele mai multe dificultăţi

apar în timpul îndeplinirii temelor pentru acasă. Acestea ţin de următorii factori:

1. Habituarea: reducerea anxietăţii nu mai are loc între şedinţe.

2. În ciuda complezenţei subiectului, între şedinţe progresele sînt mici.

3. Noncomplianţa.

Prima situaţie de acest gĕn se produce relativ rar, iar atunci cînd se produce, cauza este, de regulă, evidentă, şi anume: şedinţele sînt prea scurte sau există o depresie care nu a fost identificată la interviu şi care necesită un tratament direct. În rare cazuri se poate constata şi faptul că anxietatea nu descreşte în timpul şedinţei. Acest lucru se întîmplă din cauza faptului că subiectul îşi supraevaluează ideile (Foa, 1979). În acest caz, sînt indicate procedeele cognitive. Mai precis, se utilizează întrebări care să permită pacienţilor să identifice lipsa de consistenţă a ideilor lor. Aceştia sînt, de asemenea, ajutaţi să formuleze şi să verifice ipoteze alternative pentru situaţia lor.

Absenţa progresului între şedinţele de psihoterapie şi unele soluţii sugerate (după Salkovskis şi Joan Kirk, 1989)

Motivul absenţei progresului	Soluţia sugerată
1. Noncomplianţa la expunere	Evaluaţi şi discutaţi gîndurile pe care le are pacientul în legătură cu expunerea la stimuli anxiogeni în timpul temelor pentru acasă.
2. Noncomplianţa faţă de blocarea răspunsului	Terapeutul trebuie să fie sigur că pacientul a înţeles raţiunea tratamentului. Terapeutul trebuie să conducă pacientul în aşa fel încît să scoată la iveală dificultăţile acestuia, dificultăţi ce apar în timpul şedinţei de psihoterapie.

BCU STIINTA LIBRARY

3. Şedinţele de expunere sînt prea scurte	Se discută cu pacientul pentru a clarifica fricile acestuia în legătură cu eventuala prelungire a şedinţelor de expunere. Se dau teme pentru acasă cu o durată precisă.
4. Neutralizarea mascată (în gînd) înlocuieşte ritualurile manifeste.	Se discută pericolul neutralizării mascate şi se instituie un model deschis de prevenire a răspunsului.
5. Căutarea asigurărilor	Se explică pacientului faptul că această goană după asigurări nu este altceva decît o formă de comportament compulsiv. Se implică şi acele persoane de la care subiectul solicită asigurări.
6. Transferarea responsabilităţii	Trebuie crescut nivelul responsabilităţii subiectului. Este bine să fie implicaţi şi cei asupra cărora subiectul tinde să transfere responsabilitatea.
7. Expunerea şi blocarea răspunsului sînt prea circumscrise	Trebuie realizate generalizări în timpul temelor pentru acasă. Temele pentru acasă trebuie să ocupe mai mult timp în cursul unei zile.
8. Evitarea situaţiilor care declanşează gîndurile obsesive	Extinderea temelor pentru acasă pentru a include expunerea la situaţiile anxiogene şi în afara temelor pentru acasă. Se stabilesc obiective precise de expunere la situaţiile anxiogene.
9. Motive neclarificate	Se utilizează alte interviuri, se continuă expunerile şi autoevaluările atît în timpul şedinţelor, cît şi acasă pentru a se obţine noi informaţii

Pentru pacienţii rezistenţi se mai indică şi *repetarea în plan mental* a situaţiei anxiogene şi apoi a strategiilor care pot fi utilizate pentru a-i face faţă (de exemplu, subiectul îşi imaginează că se apropie de o chiuvetă pentru a se spăla şi apoi se întoarce şi merge la plimbare). În timpul exerciţiului ima-

ginativ, subiectul trebuie să-şi reprezinte şi creşterea anxietăţii, cu toate componentele sale fiziologice, şi apoi descreşterea acesteia. Pentru ca terapia să fie eficientă, aceasta trebuie adaptată nevoilor şi particularităţilor pacientului.

Terapeutul are nevoie de creativitate şi simţ al umorului, dar, *sub nici o formă, el nu trebuie să rîdă de pacient.*

Terapia obsesiilor fără comportament compulsiv manifest (deschis)

Acestea sînt tulburări dificil de abordat pentru că evitarea şi comportamentul compulsiv sînt aproape integral mascate şi din acest motiv sînt greu de controlat.

Termenul de ruminare obsesivă este confuz pentru că se referă atît la obsesie ca atare, cît şi la neutralizarea ei pe plan mental. Astfel, o pacientă era obsedată de gînduri şi imagini în care membrii familiei sale mureau şi ea obişnuia să rumineze aceste gînduri cam de trei ori pe zi. La o analiză mai atentă, rezulta următorul pattern de gîndire: gîndul obsesiv „fiul meu va muri" pe care îl neutralizează prin intermediul gîndului: „fiul meu nu va muri" şi prin intermediul imaginii în care fiul ei îşi desfăşura normal activitatea. În cazul obsesiilor fără compulsiuni deschise, expunerea se face la gînduri şi acest lucru este mai dificil de controlat.

Un punct crucial al tratamentului îl reprezintă discriminarea dintre obsesie şi gîndurile neutralizatoare. Astfel, gîndurile intrusive, involuntare trebuie diferenţiate de gîndurile pe care le produce pacientul prin efort voluntar şi care au menirea să reducă anxietatea. Tot un comportament mascat (acoperit) de evitare constă în încercările pacientului de a nu se gîndi la un anumit lucru.

Procedeele terapeutice
(după Salkovskis şi Joan Kirk, 1989)

a) Antrenamentul de habituare (obişnuirea cu gîndurile anxiogene). I se explică pacientului problema, punîn-

du-se accent pe nonpredictibilitatea gîndurilor şi pe rolul neutralizării mascate. Apoi i se cere pacientului să se obişnuiască cu gîndurile rele, fără să întreprindă nimic împotriva lor. Pentru ca gîndurile să devină previzibile şi controlabile, se poate proceda în următoarele moduri:

1. prin evocarea deliberată („formează un gînd, menţine-l atît timp cît îţi spun, apoi opreşte-l; repetă secvenţa de mai multe ori");

2. scrie ideea respectivă de mai multe ori;

3. ascultarea unei casete pe care este imprimată vocea pacientului care îşi exprimă cu glas tare gîndurile.

Se începe, de regulă, cu ultima tehnică. Este important ca gîndurile neutralizatoare să nu fie înregistrate pe casetă (exemplu: „nu îmi voi lovi soţul cu cuţitul").

Pacientului i se cere să asculte caseta în cicluri de cîte 30 de secunde şi să nu declanşeze gînduri neutralizatoare timp de 10 prezentări. La fiecare prezentare, trebuie notat disconfortul şi nevoia de neutralizare pe o scală gradată de la 1 la 100. După prezentare, se discută cu pacientul ce a simţit şi cît de puternică a fost nevoia de neutralizare.

Procedura se repetă de mai multe ori. Se pot introduce eventual şi imagini video. Apoi pacientului i se cere să exerseze ascultînd caseta de două ori pînă cînd anxietatea a scăzut cu 50% faţă de nivelul său cel mai înalt din timpul şedinţelor de psihoterapie. Se accentuează din nou ideea că pacientul trebuie să blocheze orice încercare de neutralizare

În momentul în care pacientul poate asculta caseta fără a declanşa gînduri de neutralizare şi doar cu o anxietate minimală, se poate înlocui gîndul înregistrat cu un altul şi procedura se repetă.

O dată ce pacientul s-a obişnuit cu 1-2 gînduri obsesive, se poate obţine cu uşurinţă generalizarea.

Procedee de generalizare:

1. pacientul trebuie să asculte caseta în condiţii dificile (exemplu: un pacient cu obsesia că va lovi oamenii pe stradă trebuie să asculte caseta în timp ce se plimbă);

2. trebuie să asculte caseta în condiţii de stres, cînd e deja anxios (de exemplu, la stomatolog);

3. variaţii ale conţinutului casetei (diferite gînduri); caseta se poate pune mai tare sau mai încet.

În cele din urmă, i se cere pacientului să producă gînduri obsesive în mod deliberat, procedînd în conformitate cu aceeaşi secvenţă: un gînd, mai multe gînduri, în condiţii variate, fără să caute să le neutralizeze.

b) Oprirea gîndurilor

Are drept scop furnizarea unei strategii de a alunga gîndurile parazite şi de a le reduce durata. Această tehnică contribuie la creşterea încrederii în sine a pacientului în ceea ce priveşte posibilitatea sa de autocontrol. Se cere subiectului să reducă durata gîndurilor obsesive, fără a încerca să le neutralizeze. Pacientul şi terapeutul realizează o listă care cuprinde patru gînduri obsesive, o listă mai lungă a situaţiilor care le declanşează şi o altă listă alternativă care să cuprindă 4 gînduri alternative, relaxante şi interesante (exemplu: să ne reamintim o călătorie agreabilă, un eveniment sportiv sau o scenă dintr-un film).

Este absolut necesar ca gîndurile neutralizatoare să nu fie incluse în lista iniţială de gînduri. Fiecare gînd obsesiv este evaluat sub aspectul disconfortului, cît şi al vivacităţii sale.

În cadrul primei şedinţe i se explică şi i se demonstrează subiectului în ce constă metoda.

„Doresc să stai foarte relaxat cu ochii închişi. Îţi voi descrie o scenă care îţi va actualiza obsesiile. Doresc să ridici mîna sus imediat ce ţi-au venit gîndurile obsesive, chiar dacă nu am terminat de descris scena".

Apoi, terapeutul descrie o scenă „semnal", declanşatoare a unui gînd obsesiv la pacient. Imediat ce pacientul ridică mîna, terapeutul îi spune cu o voce puternică „stop" şi apoi îl întreabă ce s-a întîmplat cu gîndul obsesiv. Ulterior, se poate asocia pronunţarea mentală a cuvîntului „stop" cu oprirea gîndurilor.

Procedeul trebuie repetat de mai multe ori, pacientul fiind instruit ca la cuvîntul „stop" să se comute mental, imaginîndu-şi o scenă alternativă pe care trebuie să şi-o reprezinte în detaliu.

Şedinţa continuă cu un antrenament de 10 minute de oprire a gîndurilor, cu declanşarea unor gînduri şi imagini alternative. Pacientul este lăsat să-şi reprezinte scena alternativă timp de un minut, cu o pauză de 30 secunde, pentru relaxare, înainte de a nota pe scala gradată disconfortul şi vivacitatea reprezentării.

Apoi i se spune pacientului:

„Doresc să obţin un autocontrol mai bun asupra metodei. Acum eu voi descrie scena şi în momentul în care îţi vin gîndurile obsesive, spune-ţi în gînd „stop" şi descrie-ţi, tot în gînd, scena alternativă. Cînd ai reuşit să-ţi reprezinţi scena alternativă, ridică mîna sus".

Temele pentru acasă se realizează în şedinţe zilnice de oprire a gîndurilor, care au loc în perioade relativ liniştite, cînd pacientul nu e tulburat de gînduri obsesive intense.

După o practică de aproximativ o săptămînă, pacientul e încurajat să utilizeze metoda pentru a înlătura gînduri uşor sau moderat perturbatoare care apar în timpul zilei. Treptat, el trebuie să treacă la oprirea unor gînduri tot mai descurajante. În această etapă, se cere pacienţilor să intre în situaţiile pe care înainte le evitau. Se subliniază faptul că la început succesele vor fi limitate şi că acele gînduri supărătoare vor fi alungate, la început doar pentru moment, dar pe măsură ce se exersează, progresele nu se vor lăsa prea mult aşteptate.

Dificultăţile demersului terapeutic:

- pacientul poate avea probleme în imaginarea unor scene declanşatoare sau alternative. În astfel de cazuri este necesară o exersare preliminată a imaginaţiei;
- pot apărea dificultăţi în înlăturarea gîndurilor obsesive; în acest caz, terapeutul trebuie să se întoarcă la

gînduri obsesive mai puţin perturbatoare pentru subiect;

- pacientul poate opri efectuarea temelor pentru acasă. Acest lucru se întîmplă pentru că el a încercat în practică tehnica opririi gîndurilor, dar n-a găsit-o eficientă. Cînd se întîmplă acest lucru înseamnă că pacientul nu a exersat destul. De asemenea, este posibil ca pacientul să fi considerat că situaţia cînd a exersat a fost neadecvată (de pildă, a exersat dimineaţa, cînd dispoziţia este mai proastă, sau atunci cînd apar multe alte solicitări).

În cazul în care pacientul a exersat procedura în modul recomandat dar rata disconfortului nu s-a redus, atunci probabil că este vorba de continuarea neutralizărilor mascate sau de căutarea de asigurări. În acest caz, terapeutul trebuie să obţină, prin intermediul unor întrebări, informaţii suplimentare, datorită cărora să identifice neutralizările mascate şi să discute cu pacientul rolul lor în menţinerea simptomelor.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 8

Psihoterapia atacurilor de panică şi a anxietăţii generalizate

Anxietatea este definită în psihoterapie ca fiind o teamă nespecifică, fără legătură cu situaţiile externe şi care nu este asociată cu comportamentul de evitare sistematică a anumitor stimuli, cum se întîmplă în cazul fobiilor.

În limba engleză avem termenul de „free-flooting anxiety" sau teamă care pluteşte în aer.

Cu toate acestea, interviurile realizate asupra unor pacienţi suferind de anxietate au condus la concluzia că nu este vorba chiar de o teamă fără obiect, pentru că respectivii pacienţi percep mediul înconjurător ca fiind ameninţător şi anxiogen. Astfel, anxietatea pacienţilor devine un răspuns logic la o interpretare eronată a realităţii.

Această observaţie stă la baza abordării psihoterapeutice cognitiv-comportamentale, prin intermediul căreia pacienţii sînt ajutaţi să descopere, să evalueze şi să modifice modul lor nerealist de apreciere a unor pericole potenţiale.

Cercetările recente au evidenţiat prezenţa a două tipuri de menifestare a anxietăţii (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea şi Di Nardo, 1986; Clark ş. a., 1988).

a) Atacurile de panică, ce apar brusc, neaşteptat, indiferent de situaţie. Acestea constau în trăirea unui sentiment puternic de pericol iminent, sentiment însoţit de o serie de ma-

nifestări psihofiziologice de mare amploare: senzaţie de leşin, tremurături, trăirea sentimentului de irealitate. Caracterul brusc şi neaşteptat al manifestărilor respective îi sugerează pacientului ideea că ar putea fi victima unei boli somatice sau psihice grave: infarct, pierderea controlului, instalarea unei stări psihotice (de nebunie). În absenţa atacurilor de panică, pacienţii sînt calmi şi liniştiţi, cu toate că mulţi dintre ei trăiesc o anumită stare de anxietate anticipatorie cu privire la un posibil atac în viitor.

b) A doua formă sub care se manifestă tulburarea anxioasă o reprezintă evaluarea nerealistă şi anxioasă a unor evenimente existenţiale. Şi în acest caz anxietatea poate fi însoţită de o serie de tremurături, nelinişte, fatigabilitate, tulburări respiratorii, palpitaţii, transpiraţii excesive, uscăiune a gurii, ameţeli, senzaţie de greaţă, diaree, micţiuni frecvente, dificultăţi de concentrare a atenţiei, senzaţie de nod în gît, insomnie, irascibilitate etc.

Cele două tipuri de anxietate sînt clasificate în D.S.M. III R (1987) sub denumirea de:

- tulburare de tip panică;
- tulburare caracterizată prin anxietate generalizată.

Trebuie menţionat faptul că un număr mare de pacienţi suferă de ambele tipuri de anxietate. Lader şi Marks (1971) afirmă că tulburările anxioase sînt prezente la aproximativ 8% din pacienţii ambulatori care se adresează cabinetelor de psihiatrie şi psihoterapie. Tulburările fobice afectează un număr mult mai redus de pacienţi (3%).

Atacurile de panică debutează, de regulă, brusc, aproximativ între 20 şi 30 de ani (Rapel, 1985). Anxietatea generalizată poatea avea şi ea debut brusc, dar cel mai adesea aceasta are un caracter insidios.

În ambele tipuri de tulburări, evenimentele stresante ale existenţei joacă un rol important. Mulţi pacienţi cu tulburări anxioase nu realizează de la început că problema lor are la bază anxietatea. De regulă, ei se adresează la început medicu-

lui specialist în medicină generală, pentru acuze somatoforme. Cînd în cele din urmă aceşti pacienţi ajung la psihiatrie, ei mai păstrează adesea unele dubii cu privire la natura simptomatologiei lor.

Ideea centrală a abordării cognitive a tulburărilor emoţionale constă în aceea că nu evenimentul în sine, ci expectaţiile individului în legătură cu acesta sînt generatoare de simptome. În cazul anxietăţii, de regulă, subiectul supraevaluează semnificaţia pericolului într-o conjunctură dată.

În cadrul modelelor cognitive ale tulburării emoţionale sînt luate în considerare două niveluri diferite ale gîndirii negative:

a) Gîndurile negative (şi imaginile negative) ce apar în mod automat atunci cînd subiectul trăieşte starea de anxietate (de exemplu, un individ anxios, în legătură cu impresia pe care o face în societate, poate dezvolta următoarele gînduri care se declanşează în mod automat: „ei cred că tot ceea ce spun eu este plictisitor şi neinteresant").

b) Afirmaţiile şi regulile cu caracter disfuncţional, care reprezintă seturi de atitudini şi credinţe pe care le împărtăşesc indivizii în legătură cu ei înşişi şi cu lumea înconjurătoare şi care îi determină să interpreteze diverse situaţii într-un mod negativ.

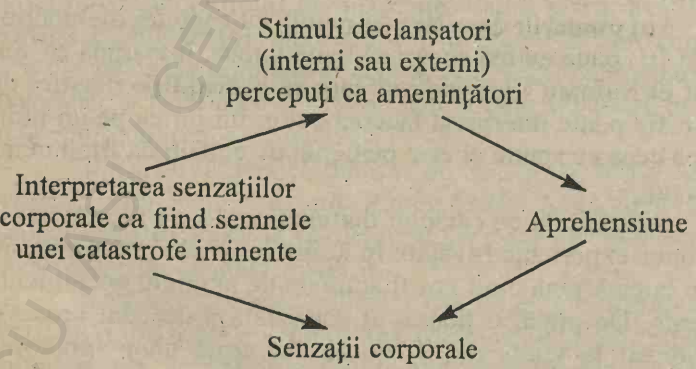
Un exemplu de astfel de regulă cu caracter disfuncţional ar fi: „dacă nu mă agreează toată lumea, înseamnă că sînt lipsit de valoare". Un individ care se bazează pe o astfel de afirmaţie poate interpreta tăcerea celor din jur ca pe un indiciu că ceea ce spune el este perceput de ceilalţi ca fiind neinteresant.

Afirmaţiile cu caracter disfuncţional s-au format în urma unor experienţe învăţate în copilărie şi ele pot rămîne în stare latentă pînă cînd pot fi activate de anumite evenimente externe. De pildă, o tînără, al cărui tată a decedat brusc şi neaşteptat la vîrsta de 40 de ani în urma unor simptome somatice neobişnuite şi eronat diagnosticate, poate dezvolta

convingerea că orice simptom somatic apărut brusc poate duce la moarte. Această convingere are o influenţă neglijabilă în viaţa ei pînă cînd ea însăşi trăieşte stări de ameţeală şi leşin datorită unor probleme hormonale. Aceste stări pot să-i activeze convingerile mai vechi, făcînd-o să fie excesiv de preocupată de starea ei de sănătate, interpretînd diversele senzaţii corporale într-o manieră catastrofică.

În cele ce urmează prezentăm cîteva modele de gîndire negativă, generatoare de anxietate: „Dacă o persoană mă critică, înseamnă că nu ţine la mine"; „Eu nu am nici o valoare dacă ceilalţi nu mă iubesc"; „În viaţă sînt doar învingători şi învinşi"; „Dacă fac o greşeală sînt pierdut"; „Nu pot face faţă situaţiei X"; „Succesul celorlalţi înseamnă eşecul meu"; „Dacă un lucru nu este perfect, nu e bun de nimic"; „Dacă mă voi apropia prea mult de cineva, acea persoană va pune stăpînire pe mine" etc.

Clark (1986; 1988) afirmă faptul că oamenii trăiesc atacuri de panică pentru că ei manifestă tendinţa de a interpreta o serie de simptome corporale într-un mod catastrofic. Tahicardia, ameţelile sau jena în respiraţie pot fi interpretate ca fiind semnele unei boli psihice sau organice grave.



De exemplu, apariţia unei dificultăţi în respiraţie este percepută ca un indiciu că respiraţia se va opri şi va surveni moartea. O dată ce subiectul a dezvoltat tendinţa de a catastrofiza diversele senzaţii corporale, există două procese care contribuie la menţinerea tulburării panice:

1. Din cauza faptului că se tem de anumite senzaţii corporale, pacienţii devin hipervigilenţi şi, în mod frecvent, explorează stările proprii, ceea ce îi face să remarce senzaţii pe care majoritatea oamenilor nici nu le observă. Aceste senzaţii sînt, la rîndul lor, interpretate ca semne ale unei boli grave.

2. Anumite comportamente de tip evitant nu fac decît să întărească interpretările negative ale pacienţilor. Astfel, de pildă, un pacient care crede că suferă de tulburări cardiace evită să facă exerciţii fizice sau să facă dragoste. Evitarea întăreşte convingerea patologică pentru că el consideră reducerea simptomelor ca pe un efect al evitării anumitor activităţi.

Evaluara trebuie să ia în considerare următoarele aspecte:

Descrierea sumară a problemei:

1) Descrierea în detaliu a situaţiei cînd a apărut problema:

a) situaţia;

b) reacţiile corporale;

c) gîndurile care au apărut;

d) comportamentul.

2) Lista cu situaţiile problematice posibile.

3) Comportament de evitare; situaţii şi activităţi.

4) Factori modelatori: factori care fac situaţia să fie mai rea sau mai bună.

5) Atitudinea şi comportamentul celorlalţi.

6) Credinţele pacientului cu privire la cauzele problemei.

7) Experimentări în sfera comportamentului.

8) Efecte.

Medicaţie

Psihoterapie urmată (modalităţi; ce efecte a avut).
Resurse adaptative personale.
Situaţie socială şi financiară.

Indicaţii nozografice

Psihoterapia cognitiv-comportamentală este potrivită pentru majoritatea pacienţilor cu tulburări anxioase. Pentru pacienţii cu probleme somatice reale trebuie făcute unele modificări în cadrul tehnicilor indicate. De pildă, metoda hiperventilaţiei este contraindicată la pacienţii cu tulburări cardiace, emfizem pulmonar, epilepsie, astm bronşic sau în caz de sarcină.

Cînd starea anxioasă este secundară unei boli psihice majore, este necesar tratamentul psihiatric al respectivei afecţiuni. În acelaşi timp, pacienţii toxicomani au nevoie de o perioadă de dezintoxicare înainte de a trce la o abordare cognitiv-comportamentală.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală are drept obiectiv reducerea anxietăţii prin intermediul învăţării pacienţilor să identifice, să evalueze, să controleze şi să modifice gîndurile negative legate de pericole potenţiale, cît şi comportamentele asociate cu acestea.

Durata psihoterapiei este de 5 pînă la 20 de şedinţe. Aceste şedinţe sînt foarte bine structurate, terapeutul şi pacientul stabilind de comun acord ce anume se va lucra în cursul unei şedinţe.

Tehnicile specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale (după Hawton, Salkovskis, Kirk şi Clark, 1989)

I. *Identificarea gîndurilor negative*

Se realizează prin intermediul următoarelor strategii:

1. Discutarea unei experienţe emoţionale recente.

Pacienţilor li se cere să-şi reamintească un eveniment sau o situaţie care a fost asociată cu o anxietate puternică. Evenimentul este descris în detaliu şi terapeutul intervine cu întrebări de tipul: „Ce gînduri ţi-au venit în minte atunci?" „Ţi-a apărut vreo imagine?" „Cînd ţi-a fost cel mai tare teamă, care era lucrul cel mai îngrozitor care credeai că s-ar putea întîmpla?" Exemplificarea legăturii pe care o realizează pacientul între diversele senzaţii şi gîndurile aferente:

Senzaţii	Interpretarea lor
Palpitaţii	Voi face un atac de cord. Am o boală de inimă.
Dificultăţi în respiraţie	Respiraţia mea se va opri, mă voi sufoca şi voi muri.
Ameţeli. Senzaţie de leşin	Voi leşina, voi cădea, mă voi pierde.
Gînduri stranii sau dificultate de a gîndi	Voi înnebuni cu siguranţă.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să sesizeze legătura dintre senzaţiile corporale şi interpretările pe care le acordă acestora. Acest obiectiv se poate realiza prin intermediul unor liste de tipul celei de mai sus.

2. Utilizarea tehnicii imaginaţiei dirijate sau a jocului dramatic pentru a retrăi o experienţă emoţională.

Cînd întrebările directe nu reuşesc să-l determine pe pacient să evoce gîndurile negative ce se declanşează spontan, este util să se ceară pacientului să retrăiască evenimentul respectiv pe plan imaginativ sau prin intermediul unui joc dramatic cînd este vorba de o situaţie interacţională (relaţionarea cu o persoană).

3. Utilizarea modificărilor de dispoziţie în cursul unei şedinţe de psihoterapie.

Fluctuaţiile de dispoziţie din cursul unei şedinţe de psihoterapie pot fi surse pentru declanşarea automată a gîndurilor. Terapeutul, observînd modificarea de dispoziţie, poate întreba pacientul: „Ce ţi-a trecut prin minte acum?"

4. Determinarea semnificaţiei unui eveniment.

Uneori declanşarea automată a modelelor de gîndire negativă nu se realizează. În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să caute să descearnă, prin intermediul unor întrebări specifice, care este semnificaţia evenimentului respectiv pentru pacient. De exemplu: „Nu eşti foarte sigur în legătură cu ce anume ţi-a trecut prin cap cînd te-ai simţit speriat în situaţia X. Încercînd să priveşti în urmă, ce crezi că a însemnat situaţia respectivă pentru tine?"

II. *Modificarea gîndurilor negative şi a comportamentelor aferente*

1. Raţionalizarea

Terapeutul trebuie să-i explice pacientului raţiunile tratamentului prin demonstrarea relaţiei dintre gîndire, sentiment şi comportament. Astfel, de pildă, Beck (1979) dădea următorul exemplu: dacă un subiect aude în toiul nopţii un zgomot în camera alăturată el îşi poate spune în minte că a intrat un hoţ. Atunci apare o stare de teamă şi comportamentul se desfăşoară în consecinţă: subiectul se va ascunde sau va telefona la poliţie. Dacă, dimpotrivă, subiectul îşi spune că a lăsat geamul deschis, sentimentele de teamă nu vor apărea, ci el se va scula şi va închide geamul.

2. Furnizarea unor informaţii cu privire la mecanismele anxietăţii

Este necesară descrierea în detaliu a simptomelor legate de anxietate, evoluţia lor probabilă, cît şi faptul că trăirea

anxietăţii nu înseamnă că subiectul are o boală psihică gravă. În acelaşi timp, trebuie explicat că simptomele produse de anxietate nu sînt periculoase (de exemplu, accelerarea bătăilor inimii nu reprezintă un semn că se va produce un atac de cord).

Trebuie explicat pacienţilor şi faptul că unele simptome ca insomnia, dificultatea de a lua decizii, fatigabilitatea şi chiar vederea ca prin ceaţă sînt manifestări ale anxietăţii.

3. Distragerea

Este utilizată ca strategie pentru a exercita un control direct şi imediat asupra simptomului. Astfel de metode pot fi:

- concentrarea asupra conţinutului unei conversaţii şi nu asupra stării proprii;
- dacă subiectul manifestă anxietate în timpul şedinţei de psihoterapie, terapeutul îi poate cere să descrie mobilierul din cabinet.

4. Programarea activităţilor

În cadrul acestei metode se cere pacienţilor să noteze, oră de oră, activităţile pe care le desfăşoară, evaluîndu-le, după o scală de la 0 la 100, sub aspectul unor stări afective cum ar fi: anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control asupra situaţiei.

Pentru indivizii care se simt presaţi de timp este indicată o planificare riguroasă a activităţilor, astfel încît aceştia să nu aibă tentaţia să facă mai multe lucruri deodată, fapt ce le sporeşte tensiunea şi supraîncordarea.

Mulţi subiecţi anxioşi renunţă la activităţi de loisir deoarece trăiesc permanent ideea că nu şi-au îndeplinit toate datoriile. *De pildă, o femeie casnică se trezea la 5,30, dar rămînea în pat pînă la ora 8, timp în care rumina toate activităţile pe care le-ar putea face greşit sau nu le-ar putea duce la bun sfîrşit, fapt ce-i sporea gradul de anxietate.*

În această *situaţie, terapeutul i-a recomandat să se scoale din pat imediat ce s-a trezit şi să facă jogging.*

5. Verificarea veridicităţii gîndurilor negative automate

Terapeutul utilizează o serie de întrebări pentru a-l ajuta pe pacient să evalueze gîndurile negative şi să le substituie cu gînduri mai realiste. În cadrul şedinţei de psihoterapie pacientul şi terapeutul colaborează pentru a găsi soluţii raţionale pentru a înlocui gîndurile negative automate.

Între şedinţe, pacienţii caută să pună în practică abilităţile pe care le-au învăţat împreună cu terapeutul. Pentru ca acest lucru să se realizeze mai uşor, este indicată notarea zilnică a gîndurilor negative producătoare de disfuncţii.

Iată cîteva tipuri de întrebări care au menirea să verifice realitatea gîndurilor negative disfuncţionale:

a) Ce dovadă am că acest gînd este adevărat? Nu există şi un alt mod de a privi această situaţie? Nu cumva există şi o altă explicaţie ca alternativă a gîndului negativ?

Exemplu:

Pacientul: Cînd am un atac de panică *îmi trece prin cap gîndul că voi leşina sau voi muri.*

Terapeutul: Bine. Hai *să vedem cît de real este acest gînd. Ai leşinat vreodată în cursul unui atac de panică?*

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Ştii ce se întîmplă cu organismul tău atunci cînd leşini?

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Tensiunea arterială *scade bursc. Ştii cum evoluează tensiunea în timpul unui atac de panică?*

Pacientul: Am pulsul accelerat. Cred c*ă tensiunea se ridică.*

Terapeutul: Corect. În stare de anxietate, pulsul *şi tensiunea urcă. Deci este mult mai puţin probabil că vei leşina cînd eşti anxios decît atunci cînd nu eşti.*

b) Cum ar gîndi o altă persoană cu privire la situaţie?

De regulă, pacienţii care exagerează pericolele nu au tendinţa de a extinde această exagerare şi asupra altora (Butler şi Matheros, 1983). Din acest motiv, a-i întreba ce cred

alţii cu privire la situaţie poate reprezenta o modalitate utilă de schimbare a perspectivei.

c) Nu cumva aprecierile tale se bazează mai mult pe ceea ce ai simţit decît pe evaluarea modului în care te-ai comportat?

O eroare frecventă a pacienţilor cu anxietate generalizată constă în aceea că ei cred că nu pot face faţă situaţiei pentru că sînt anxioşi. Cînd sînt întrebaţi cum s-au comportat de fapt, ei constată cu surpriză faptul că modul lor de comportare a fost adecvat şi deci au făcut faţă cu bine situaţiei.

d) Ai tendinţa să-ţi fixezi obiective nerealiste, greu de atins?

Mulţi pacienţi îşi fixează obiective imposibil de atins şi devin anxioşi în momentul în care îşi dau seama că nu le pot atinge. Aceste obiective sună în felul următor: „Tot ceea ce fac trebuie să fie perfect"; „Trebuie să fiu calm în orice situaţie".

e) Ai tendinţa de a omite fapte importante şi de a acorda atenţie unora lipsite de importanţă? De exemplu, multe persoane par să uite succesele trecute atunci cînd sînt confruntate cu o sarcină dificilă sau cînd au comis o greşeală. În aceeaşi categorie poate fi inclusă şi afirmaţia: „Pentru că un prieten de aceeaşi vîrstă a murit de atac de cord, e limpede că voi face şi eu un atac de cord".

f) Gîndeşti adesea în termenii „totul sau nimic"?

Persoanele anxioase au tendinţa de a se autoevalua în culori extreme: alb-negru (exemplu: dacă ceilalţi nu-şi manifestă dragostea faţă de el înseamnă că nu-l plac).

În aceste cazuri, este indicat ca pacientul să fie instruit să plaseze toate cunoştinţele sale pe o scală care are la un capăt „mă urăsc din tot sufletul", în mijloc „nici nu mă urăsc, nici nu mă iubesc" şi la celălalt capăt „ iubire puternică". Cu cît se obişnuiesc mai mult cu acest exerciţiu, cu atît ei realizează că cei cunoscuţi nu se plasează la extreme, ci tind să acopere toată scala.

g) Ce va fi dacă evenimentul neplăcut se va întîmpla cu adevărat? Va fi oare chiar atît de rău?

Datorită tendinţei de evitare cognitivă, pacienţii anxioşi nici nu s-au gîndit în detaliu cît de rău va fi dacă s-ar petrece situaţia de care se tem. De regulă, evenimentul real este mai puţin dezastruos decît cel anticipat. De pildă, un student se poate teme că va cădea la un examen, fără a se gîndi că în fond îl poate trece în sesiunea următoare.

h) Cum vor arăta lucrurile după un anumit timp?

Această întrebare este utilă mai ales cînd avem de-a face cu o pierdere anticipată, pentru că adesea, atunci cînd se gîndeşte la o posibilă pierdere sau la ruperea unei relaţii, subiectul are în vedere impactul imediat al pierderii.

Astfel, despărţirea de prieten/prietenă îl poate face să sufere cîteva luni, intensitatea suferinţei reducîndu-se odată cu trecerea timpului şi odată ce apar contacte cu alte persoane.

Conştientizarea proiecţiei posibile în timp poate fi utilă nu doar cînd o pierdere anticipată este probabilă, ci şi atunci cînd gîndurile în legătură cu despărţirea generează un comportament care face despărţirea mai probabilă (de pildă, o femeie care se teme că va fi părăsită de iubitul ei, devine pisăloagă, geloasă, cu dispoziţie proastă, fapt ce va exercita o presiune asupra partenerului şi-l va determina să rupă relaţia).

i) Ai tendinţa de a supraestima un eveniment?

Subiecţii anxioşi au tendinţa de a supraestima un eveniment anxiogen. În acest caz, sînt utile discuţii cu privire la probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului.

Cu toate acestea, unii pacienţi rămîn anxioşi chiar cînd conştientizează faptul că probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului negativ este mică şi aceasta se produce datorită supraestimării consecinţelor evenimentului. Metoda de abordare terapeutică pentru astfel de pacienţi constă în decatastrofizarea evenimentului, demonstrîndu-i pacientului că va face faţă cu bine respectivei situaţii.

j) Nu cumva subapreciaţi propriile posibilităţi de a face faţă situaţiei?

Subiecţii anxioşi trăiesc cu impresia că nu au abilităţi suficiente de a se descurca în astfel de situaţii anxiogene. Din acest motiv, terapeutul trebuie să treacă în revistă situaţii din trecut cînd pacientul s-a descurcat bine în situaţii similare, aprecierile pozitive ale celorlalţi cu privire la modul în care a făcut faţă evenimentelor şi să realizeze împreună cu pacientul o repetiţie în legătură cu modul de a aborda evenimentele anxiogene. Este util ca pe lîngă întrebări să se utilizeze şi tehnica imaginaţiei dirijate, prin care se modifică imaginile negative.

De exemplu, o pacientă era asaltată de imagini legate de faptul că va leşina în public. Discuţiile au ajutat-o să înţeleagă că cel mult îşi va pierde cunoştinţa pentru cîteva secunde şi apoi îşi va reveni şi se va comporta normal. Vizualizarea modului în care îşi revine şi se comportă normal au ajutat-o să-şi reducă anxietatea.

6. Experimentarea în sfera comportamentului

Terapeutul cere pacientului să verifice în viaţa reală dacă gîndurile negative sînt adevărate.

a) Experimentarea în cazul pacienţilor cu anxietate generalizată. Un om de afaceri se simţea foarte speriat cînd trebuia să vorbească în public. El credea că subalternii săi îi vor observa anxietatea şi vor înceta să-i acorde respectul cuvenit. Pacientul a afirmat că e convins că dacă el se simte anxios, ceilalţi trebuie să-şi dea seama de asta.

Ca test, terapeutul i-a cerut să ţină un mic discurs în timp ce va fi înregistrat pe video. În timp ce vorbea, el s-a simţit anxios, dar spre surprindera sa, revăzînd caseta, nu a observat nici un semn vizibil de anxietate. Aceasta a redus convingerea sa cu privire la faptul că ceilalţi ar observa cît de anxios este. (La început estima că ceilalţi îi observau teama în proporţie de 65%, dar în urma experimentului aprecierea lui s-a redus la 30%).

b) Experimentarea (testarea) în sfera comportamentului cu subiecţi suferind de atacuri de panică.

Scopul principal al abordării terapeutice este modificarea interpretării catastrofizante pe care o au pacienţii în legătură cu senzaţiile lor corporale pe care le trăiesc în timpul atacului de panică. În aceste cazuri, se propun pacienţilor experimente de hiperventilaţie, prin intermediul cărora se pot produce voluntar simptomele corporale ale stării de panică. (Li se cere să inspire rapid pe nas şi pe gură, timp de două minute, golind cît mai mult plămînii la expiraţie şi nu li se spune precis ce senzaţii vor trăi. Apoi pacienţii sînt invitaţi să aprecieze dacă nu cumva senzaţiile trăite după exerciţiu seamănă cu cele din cursul atacului de panică. Se analizează apoi eventualele asemănări şi deosebiri dintre cele două categorii de senzaţii. De pildă, dacă pacientul spune că senzaţiile fizice sînt asemănătoare dar lipseşte anxietatea, acesta este întrebat cum s-ar simţi dacă astfel de senzaţii ar apărea brusc şi neaşteptat, atunci cînd el nu s-ar găsi în clinică. În cele mai multe cazuri, pacienţii recunosc că le-ar interpreta în mod catastrofic – „voi face un atac de cord").

Pornindu-se de la aceste discuţii, se trece la învăţarea pacientului să realizeze o tehnică de respiraţie controlată, care contribuie la reducerea simptomelor fiziologice de panică.

Clark, Salkovskis şi Chalkley (1985) au găsit că învăţarea controlului respiraţiei este foarte eficientă cu ajutorul unei benzi de magnetofon, unde o voce calmă pronunţă: „inspiră" timp de două secunde şi „expiră" pentru un interval egal de timp (ritmul respirator este variabil şi se alege în funcţie de subiect), prelungindu-se treptat durata inspiraţiei şi expiraţiei.

Apoi, pacientul este instruit să utilizeze respiraţia controlată atunci cînd presimte instalarea unui atac de panică (de pildă, expiraţie prelungită).

În cadrul unui alt experiment, unei paciente care credea că este grav bolnavă de inimă pentru că îşi simţea mai frecvent decît alţii bătăile inimii, terapeutul îi explică faptul că

acest fenomen reprezintă doar efectul concentrării atenţiei asupra unor funcţii ale organismului. Deoarece ea s-a arătat sceptică, terapeutul i-a cerut în timpul şedinţei să se concentreze asupra inimii timp de 5 minute. Pacienta a constatat cu surpriză că simpla concentrare asupra cordului o făcea să simtă pulsul în zona frunţii, la gît, în piept şi chiar în degete. Apoi i s-a cerut să descrie mobilierul din cabinet tot timp de 5 minute, timp în care ea nu a mai fost conştientă de bătăile inimii sale.

Un alt tip de experiment constă în demonstrarea rolului gîndurilor în declanşarea unor atacuri de panică şi aceasta se realizează prin producerea unui atac de panică prin simpla manipulare verbală. Se poate face:

- prin solicitarea pacientului să citească cu voce tare o serie de cuvinte care desemnează posibile catastrofe sau senzaţii corporale (sufocare, palpitaţii, moarte etc.):
- prin tehnica imaginaţiei dirijate, în cadrul căreia li se cere să-şi imagineze în detaliu că au un atac de panică, să descrie senzaţiile trăite şi consecinţele de care se tem. Dacă experimentul reuşeşte, terapeutul îi demonstrază pacientului rolul montajului cognitiv în declanşarea stării de panică.

Terapia comportamentelor de evitare

Deşi anxioşii nu au comportamente sistematice de evitare ca persoanele fobice, unii dintre ei evită totuşi unele activităţi sau situaţii (Butler ş.a., 1987 a).

- În primul rînd, aproximativ 40% din pacienţii cu anxietate generalizată evită situaţiile care presupun evaluarea socială (a vorbi în public, a mînca la restaurant), iar aproximativ 20% dintre ei ocolesc şi situaţiile pe care le evită agorafobicii (a călători cu mijloace de transport în comun, a face cumpărături, a se afla în aglomeraţie).
- În al doilea rînd, ei evită unele activităţi care produc senzaţii care evocă teamă (ca de pildă, exerciţiile fizice).

• În al treilea rînd utilizează strategii de evitare cînd se instalează simptomele (de exemplu, se sprijină de obiecte solide cînd apare senzaţia de leşin).

Toate cele trei modalităţi de evitare tind să menţină gîndurile negative ale pacienţilor. Din acest motiv este bine ca terapeutul să-i încurajeze pe pacienţi să intre în situaţii sau să se angajeze în activităţile pe care au tendinţa să le evite pentru a verifica dacă lucrurile de care se tem se vor produce într-adevăr.

Pacienţii sînt încurajaţi să se expună gradat la situaţiile sau activităţile anxiogene. Mai mult chiar, ei sînt solicitaţi să anticipeze ce se va întîmpla în timpul exerciţiului de expunere şi apoi să evalueze dacă ceea ce se petrece cu adevărat este mai rău sau mai puţin rău decît au anticipat (apreciază pe scale nivelul de anxietate). În plus, este important să se modifice şi acele modele de comportament pe care pacienţii s-au obişnuit să le pună în acţiune o dată ce simptomele se declanşează.

De pildă, un pacient cu atacuri de panică se temea că îşi va pierde minţile în timpul respectivului atac. Întrebat ce îl împiedică totuşi să nu şi le piardă, el a răspuns că încearcă să-şi controleze gîndurile şi că asta îl salva.

Pentru a-i demonstra faptul că este vorba de o convingere eronată, terapeutul l-a determinat să reproducă în plan imaginativ simptomele şi apoi să nu-şi controleze gîndurile. Drept urmare, el a constatat că atacul de panică nu duce la nebunie.

Un pacient care se temea să nu-i tremure mîinile în public, verifica mereu acest lucru cu palmele întinse şi degetele depărtate. Terapeutul i-a demonstrat că o astfel de poziţie favorizează tremuratul mîinilor chiar şi la persoane care nu se tem de aşa ceva.

Învăţarea unor noi modele de comportament şi a unor deprinderi de a face faţă situaţiilor anxiogene

Pentru mulţi pacienţi, situaţiile sociale sînt dificile pentru că ei nu au deprinderi de conversaţie sau comportament social. În astfel de cazuri este necesară o antrenare a abilităţilor sociale. O dată problema identificată, respectivele comportamente sînt modelate de către terapeut în cursul şedinţei, practicate sub formă de „role-playing" în timpul psihoterapiei şi apoi în situaţiile de viaţă.

Tehnica identificării supoziţiilor negative (disfuncţionale). Se poate realiza prin:

a) utilizarea unor jurnale zilnice în care se notează aceste supoziţii disfuncţionale;
b) identificarea gîndului negativ şi găsirea convingerii care se ascunde în spatele lui.

Pacientul se întreabă: „Dacă gîndul ar fi într-adevăr real, ce ar însemna asta pentru mine?"

Ilustrarea unei supoziţii disfuncţionale, a răspunsului raţional şi a planului de schimbare (Clark şi Beck, în Cognitive approaches, Handbook of anxiety disorders (ed. Last, C. şi Hersen, M.), Pergamon, New York, pp. 362-385.

1. Supoziţia disfuncţională.

Eu nutresc convingerea că „nu sînt bun de nimic dacă nu reuşesc. Toate succesele mele trecute nu valorează doi bani dacă nu reuşesc din nou. Nimeni nu mă va iubi dacă nu voi reuşi".

2. Răspunsul raţional şi planificarea schimbării.

Gîndul meu este neraţional şi el a apărut pentru că părinţii nu m-au lăudat niciodată pentru succesele obţinute, ci mi-au sugerat mereu că este un nou obstacol de trecut.

Această idee a mea nu este adevărată şi pentru că în trecut am obţinut realizări pe care nimeni nu mi le poate lua înapoi. Eu sînt acelaşi şi atunci cînd am note slabe la şcoală

şi nimeni din familie nu s-a purtat cu mine altfel în această situaţie. Ei continuă să mă iubească. Mai mult, acest gînd este perturbator pentru că mă face să mă simt tot timpul anxios.

Pentru că nutresc acest gînd de multă vreme, va trebui să lupt mult cu mine pentru a-l schimba şi aceasta îmi va cere ceva timp. Pot să fac două lucruri pentru a facilita schimbarea:

a) să fac o listă cu convingerile mele;
b) să-mi petrec o parte din timp făcînd ceva ce îmi face cu adevărat plăcere, nu să fac doar acele lucruri care trebuie îndeplinite.

Tehnica este ilustrată şi prin intermediul următorului exemplu:

O pacientă anxioasă nutrea gîndul că nu va putea face tot ce şi-a propus să realizeze. Discuţia a pus în evidenţă faptul că la baza ei stătea afirmaţia eronată: „Trebuie să realizez totdeauna lucrurile perfect".

Notînd avantajele şi dezavantajele acestei convingeri a apărut că avantajul (uneori se obţine lucru de calitate) este depăşit de dezavantaj (se produce anxietate care o împiedică să-şi asume riscuri, o făcea să-şi restrîngă aria de activităţi).

Programul terapeutic a constat în a-i propune să lupte împotriva convingerii eronate încercînd să facă lucrurile mai puţin perfect în mod deliberat, ceea ce a făcut să găsească mai multă satisfacţie în activităţile cotidiene, pentru că a încetat să-şi evalueze tot timpul performanţele.

Tehnicile de relaxare îi ajută pe pacienţi să-şi demonstreze faptul că ţin sub control simptomele lor.

Peveler şi Johnston (1986) au demonstrat şi faptul că relaxarea creşte gradul de accesibilitate a informaţiilor pozitive în memoria pacientului şi facilitează găsirea unor alternative la gîndurile anxiogene.

Relaxarea se realizează prin:

- îndeplinirea planificată a unor activităţi care îi fac plăcere subiectului;
- pauze planificate în cadrul unor programe încărcate;
- practicarea unor tehnici standardizate de relaxare.

Indiferent ce tehnică de relaxare se alege, aceasta trebuie practicată pînă cînd devine deprindere, utilizată nu doar acasă, în fotoliu, ci şi în situaţiile de viaţă.

Majoritatea pacienţilor cu anxietate răspund favorabil la relaxare. Există însă un număr limitat de pacienţi care devin anxioşi în timpul practicării relaxării (Heide şi Borkovec, 1984). Printre aceştia se numără pacienţii care se tem de pierderea autocontrolului.

Mai mult, la unii pacienţi concentrarea asupra corpului poate evoca producerea unor senzaţii pe care aceştia le interpretează eronat ca fiind semne de boală. Aceste reacţii negative pot fi reduse dacă se explică pacienţilor că ei pot trăi în timpul relaxării senzaţii neobişnuite. De multe ori, aceste situaţii pot fi exploatate în cursul psihoterapiei prin procesul de reatribuire de semnificaţii (subiectul poate acorda o altă interpretare senzaţiilor corporale).

Relaxarea trebuie prezentată ca o modalitate de reducere a anxietăţii şi prin aceea că în cursul ei se poate realiza expunerea progresivă, în plan imaginativ, la diverse situaţii anxiogene.

Prevenirea recăderilor. Pentru a creşte încrederea în sine a pacientului, spre sfîrşitul terapiei, cînd simptomele au dispărut, se măreşte intervalul dintre şedinţele de psihoterapie.

Dacă terapeutul anticipează producerea vreunui eveniment negativ (pierderea serviciului, ruperea unei legături afective), el trebuie să lucreze cu pacientul strategii de a face faţă unor astfel de situaţii.

Terapeuţii cognitiv-comportamentalişti sînt de părere că o cauză majoră a recăderilor ar fi găsirea unor argumente insuficiente împotriva gîndurilor negative.

Pentru a antrena această capacitate de a descoperi contraargumente la gîndurile negative, în cursul unor şedinţe de role-playing pacientul furnizează argumente împotriva ideilor sale negative, iar terapeutul îl provoacă prin contraargumente. Acest procedeu îi ajută pe pacienţi să descopere punctele slabe din cadrul luptei lor cu ideile negative. Cînd aceste puncte slabe ale argumentării sînt identificate, pacientul învaţă să găsească argumente mai convingătoare.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 9

Terapia cognitiv-comportamentală în depresii

Depresia este un fenomen atît de răspîndit încît a fost, pe drept cuvînt, numită „guturaiul psihiatriei" (Seligman, 1975). 15-20% din populaţia adultă a suferit de o simptomatologie depresivă şi peste 12% a trăit o depresie suficient de puternică pentru a necesita tratament (Melanie Fennell, 1989).

În ţările vestice, rata depresiei este de 2/1 în favoarea femeilor (Brown şi Haris, 1978).

Cauzele depresiei sînt multiple (Weissman, 1982):

- tulburări la nivelul neurotransmiţătorilor;
- tulburări depresive sau alcoolism în familie;
- pierderea timpurie a unui părinte;
- neglijarea în copilăria timpurie;
- evenimente de viaţă negative;
- un partener ostil sau/şi critic;
- lipsa unei relaţii apropiate;
- absenţa unui suport social;
- lipsa stimei de sine pe termen lung.

În clinică există numeroase clasificări ale tulburării depresive:

- tulburare afectivă bipolară şi unipolar-depresivă;
- tulburare depresivă:

- endogenă (avînd cauze interne, încă insuficient cunoscute);
- reactivă (nevrotică, produsă de acţiunea factorilor stresanţi).

În această lucrare termenul de depresie se va referi la depresia nevrotică (non-psihotică), pentru care se potriveşte psihoterapia cognitiv-comportamentală. Trebuie subliniat însă şi faptul că depresia nevrotică se deosebeşte de simpla reacţie firească de tristeţe la evenimente cu caracter negativ.

Depresia se caracterizează prin:

- trăirea sentimentului de tristeţe;
- plîns frecvent;
- sentimente de culpabilitate;
- iritabilitate;
- anxietate;
- tensiune psihică;
- subiectul nu se mai bucură de activităţile normale;
- nivelul energiei psihice e redus şi orice acţiune, cît de mică, presupune un efort;
- tendinţă de retragere;
- pacienţii petrec mult timp în pat sau în fotoliu;
- activităţi obişnuite şi agreabile, cum ar fi lectura ziarelor sau vizionarea unor programe TV, devin dificile şi plictisitoare, pentru că subiectul nu se mai poate concentra;
- subiectul se preocupă de cît de rău se simte sau de dificultăţile insolubile care îl aşteaptă;
- somnul este dificil;
- apetitul scade;
- nevoile sexuale diminuă.

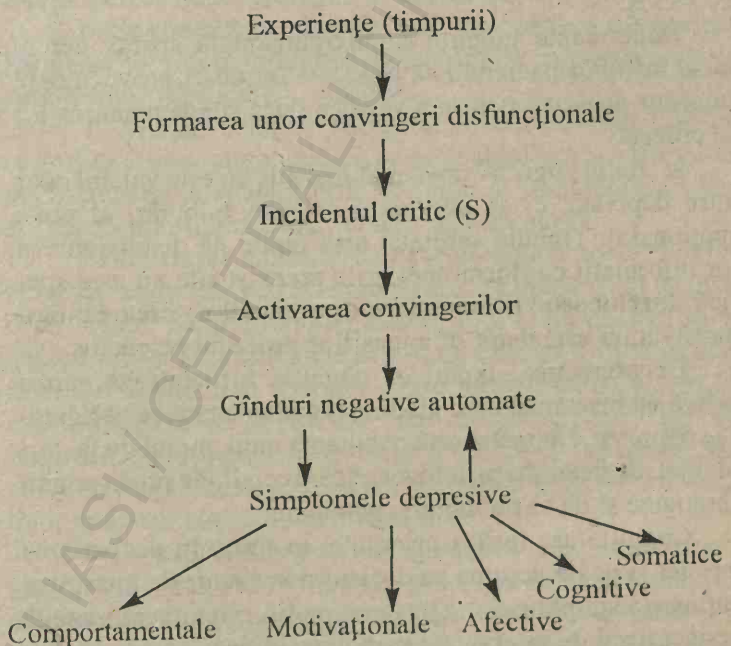
În cazul depresiei psihotice apar sentimente puternice de inutilitate, culpabilitate şi autodevalorizare, precum şi idei şi tentative de autoliză (suicid). 15% dintre depresivi se sinucid (Coryell şi Winokur, 1982).

În majoritatea cazurilor episodul depresiv este limitat în timp, durînd 3-6 luni. Cu toate acestea, recăderile sînt frecvente şi la 15-20% dintre pacienţii depresivi simptomele se cronicizează.

Din acest motiv, terapia urmăreşte nu numai să grăbească revenirea, ci şi să menţină ameliorarea şi, dacă este posibil, să prevină recăderile.

Terapia cognitiv-comportamentală în depresii a fost dezvoltată de Beck şi colaboratorii (Beck, Rush, Shaw şi Emery, 1979).

Modelul cognitiv al depresiei
(Beck, 1967, 1976)



BCU IAŞI CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Modelul de convingere disfuncţională este descris de Elis, părintele terapiei raţional-emotive: „Dacă cineva gîndeşte rău despre mine, eu nu pot fi fericit" sau „trebuie să fac bine orice lucru de care mă apuc".

Convingerea disfuncţională nu produce simptomul prin ea însăşi, ci doar atunci cînd anumite incidente (evenimente externe) vin s-o întărească. Astfel, convingerea că valoarea personală depinde de succes poate conduce la tulburare depresivă în caz de eşec. Pe măsură ce tulburarea depresivă se dezvoltă, gîndurile negative automate devin tot mai frecvente şi tot mai intense şi tind să estompeze gîndurile raţionale. Acestea produc simptomele depresiei, care, la rîndul lor, întăresc modul negativ de gîndire şi astfel se formează un cerc vicios.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală sparge cercul vicios, învăţînd pacientul să adreseze întrebări provocatoare gîndurilor negative pentru a verifica dacă fundamentarea lor este corectă.

Modelul cognitiv prezentat mai sus nu este valabil doar pentru depresie, ci se adresează oricărei tulburări afective (emoţionale). Trebuie subliniat însă faptul că distorsionarea unor informaţii conform unei grile preexistente nu este specifică doar depresivilor, ci tuturor oamenilor; ceea ce face depresivul nu este decît să intensifice procesul respectiv.

De asemenea, faptul că cogniţia influenţează starea afectivă nu înseamnă că o gîndire negativă conduce obligatoriu la depresie. Depresia este rezultanta unui cumul de factori biologici, de dezvoltare ontogenetică, sociali, de predispoziţii psihologice şi de variabile precipitatoare.

Cogniţia are însă o prioritate, în timp, în declanşarea depresiei şi poate acţiona ca declanşator, factor de întărire şi menţinere a simptomelor. Din acest motiv, cogniţia reprezintă un punct ideal de intervenţie psihoterapeutică.

Caracteristicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale (Beck şi alţii 1979)

1. Este bazată pe o concepţie teoretică coerentă (modelul cognitiv al depresiei) şi *nu* este o simplă colecţie de tehnici.

2. Este scurtă şi limitată în timp, încurajînd pacientul să dezvolte abilităţi de autoreglare („self-help skils").

3. Este structurată şi directivă.

4. Este orientată pe problemă şi pe factorii (cauze) care o menţin, mai mult decît pe originile acestora.

5. Are la bază un proces de chestionare care să dirijeze descoperirea („guided discovery", Young şi Beck, 1982) şi nu atît pe persuasiune, prelegeri şi dezbateri.

6. Se bazează pe metode inductive, astfel încît pacienţii învaţă să considere gîndurile şi covingerile ca pe nişte ipoteze care trebuie verificate.

7. Are un caracter educaţional, considerînd tehnicile cognitiv-comportamentale ca pe nişte deprinderi care trebuie achiziţionate de subiect prin exerciţiu şi transferate în viaţa cotidiană prin intermediul temelor pentru acasă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală poate fi definită ca un fel de rezolvare de probleme, depresia fiind ea însăşi o problemă. Scopul terapiei este să-l ajute pe pacient să găsească soluţii la problemele sale şi nu doar să-l ajute pe acesta să gîndească mai raţional. Obiectivul imediat al terapiei este eliberarea de simptome, iar cel pe termen lung este rezolvarea problemelor de viaţă (cum ar fi, de pildă, dificultăţile relaţionale), prevenirea sau măcar atenuarea apariţiei unor episoade depresive viitoare.

Psihoterapia implică un maximum de 20 de ore, în şedinţe de o oră, desfăşurate de două ori pe săptămînă, timp de 3-4 săptămîni (pentru a combate lipsa de speranţă) şi o dată pe săptămînă ulterior. În practică însă, numărul de şedinţe variază considerabil.

Pentru subiecţii care au deprinderea de a se autoregla, formată înainte de instalarea depresiei, ajung 5-6 şedinţe. Pentru cei cu depresie mai severă este bine ca şedinţele să fie mai scurte (20 min.) pentru că aceştia au capacitatea de concentrare scăzută şi un nivel energetic, de asemenea, scăzut.

Selecţia pacienţilor pentru psihoterapie (Melanie Fennell, 1989)

Factorii ce trebuie luaţi în consideraţie:

1) Psihoterapia cognitiv-comportamentală este valabilă pentru pacienţi non-psihotici (Rush şi Shaw, 1983).

2) Cu toate acestea, nu există date suficiente de cercetare care să ateste faptul că pacienţii endogeni ar răspunde slab la acest gen de terapie (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley şi Cristie, 1981; Kovacs, Rush, Beck şi Hollon, 1981). Este posibil ca metodele cognitiv-comportamentale să dea rezultate dacă sînt folosite împreună cu o medicaţie antidepresivă.

3) Este important de cunoscut gradul de severitate al depresiei pentru:

- a şti dacă trebuie combinată psihoterapia cu medicaţia psihiatrică;
- elaborarea strategiei psihoterapeutice.

4) Trebuie identificat pattern-ul de gîndire negativă. O atenţie deosebită trebuie acordată:

- lipsei de speranţă;
- intenţiilor suicidare;
- expectaţiilor negative în legătură cu tratamentul.

5) Dorinţa de cooperare a pacientului.

6) Capacitatea pacientului de a intra în relaţie de colaborare cu psihoterapeutul. Apar dificultăţi la pacienţii care:

- se tem să-şi dezvăluie gîndurile şi sentimentele;
- insistă asupra faptului că se pot descurca singuri;
- consideră, dimpotrivă, că terapeutul trebuie să facă totul singur.

În astfel de cazuri, psihoterapia nu este contraindicată dar demersul terapeutic va fi mai lung, terapeutul dedicînd primele şedinţe construirii relaţiei terapeutice. Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să reevalueze acele gînduri şi convingeri care stau în calea unei colaborări active cu terapeutul.

Exemplu: „Dacă îi spun cum mă simt cu adevărat, mă va respinge" sau „Este treaba lui să mă facă bine fără nici un fel de efort din partea mea".

7) Cît de extins este repertoriul de abilităţi de a face faţă vieţii („coping skills") pe care îl are pacientul? Pacienţii cu repertoriu mai bogat de deprinderi de a face faţă stresului vor răspunde mai repede şi mai bine la psihoterapia cognitiv-comportamentală (Simons, Lustman, Wetzel, Murphy, 1985).

Structura tratamentului
(Melanie Fennell, 1989)

1. Interviul iniţial (1-1,5 ore) urmează după interviul de evaluare, care stabileşte dacă pacientul este potrivit pentru psihoterapie.

Schema interviului iniţial

a) Evaluarea dificultăţilor curente:
- simptome;
- probleme de viaţă;
- gînduri negative asociate;
- debut, evoluţie şi contextul în care a apărut tulburarea depresivă;
- lipsa de speranţă;
- idei suicidare.

b) Stabilirea scopurilor terapiei.

c) Prezentarea programului de terapie:
- detalii practice;
- problema cercului vicios: gînduri negative-depresive;
- posibilităţi de schimbare.

d) Începerea tratamentului:
- specific:
  - ◆ selecţionarea primelor sarcini;
  - ◆ acordul cu privire la temele pentru acasă.
- general:
  - ◆ pacientului i se furnizează cunoştinţe cu privire la stilul terapiei cognitiv-comportamentale.

Obiective:
- Stabilirea relaţiei psihoterapeutice.
- Trezirea speranţei pacientului.
- Pacientul trebuie făcut să înţeleagă, la nivel preliminar, esenţa modelului.
- Se obţine acordul pacientului că va testa în practică cele învăţate.

Dificultăţile şi problemele curente sînt schematizate şi apoi notate în lista de probleme, ca în exemplul următor:

Experienţe timpurii traumatizante
Comparaţii nefavorabile cu sora mea geamănă.
Tatăl (suportul familiei) a decedat

↓

Convingeri disfuncţionale
Sînt inferioară ca persoană.
Valoarea mea depinde de ceea ce cred alţii despre mine.
Dacă nu fac ceva ce vor ceilalţi oameni de la mine, ei mă vor respinge.

↓

Incidentul critic
Căsătoria a eşuat.

↓

Gînduri negative automate
Este vina mea: am stricat totul.

BCU IASI CENTRAL LIBRARY

Nu-mi pot conduce viaţa.
Voi rămîne singură pentru totdeauna şi va fi îngrozitor.
Sînt proastă

Simptom

Comportamentale: tonus scăzut al activităţii; tendinţă de retragere.

Motivaţionale: lipsa interesului şi a sentimentului plăcerii, totul se face cu efort.

Afective: tristeţe, anxietate, culpabilitate, ruşine.

Cognitive: slabă capacitate de concentrare, indecizie, ruminaţii interioare, autocritică, gînduri suicidare.

Somatice: insomnii, inapetenţă.

Lista de probleme

1. Incapacitatea de a mă exprima:
   - dificultatea de a spune „Nu";
   - dificultatea de a contrazice;
   - dificultatea de a spune ce doresc dacă alţii doresc ceva diferit.
2. Sentimente de inferioritate.
3. Dificultatea de a mă adapta la faptul că a eşuat căsătoria.
   - nu voi fi capabilă să mă descurc singură cu lucrurile practice.
   - nu voi găsi niciodată o relaţie satisfăcătoare pe termen lung.
4. Depresie:
   - mă simt depăşită de cerinţele de zi cu zi;
   - evitarea contactului cu oamenii;
   - stau şi macin gînduri triste;
   - nu fac nimic;
   - nu mă pot concentra;
   - nu mă bucură nimic etc.

5. Sentimentul de deprimare pentru că sînt deprimată:
   - Este vina mea că am stricat totul;
   - Merit să mă simt astfel.

Lista de probleme trebuie să includă simptomele şi problemele de viaţă. Acestea din urmă se referă la:

- probleme practice (exemplu: dificultăţi în gospodărie, şomaj);
- probleme interpersonale (dificultăţi în formarea unor relaţii apropiate);
- probleme intrapersonale (lipsa încrederii în sine).

Terapeutul prezintă un rezumat al celor spuse şi aşteaptă un feedback de la pacient. Lista de probleme realizează o oarecare ordine într-un haos pentru că un număr mare de experienţe negative sînt reduse la un număr de dificultăţi specifice. Aceasta reprezintă procesul „reducerii problemelor", care trezeşte speranţa pacientului pentru că se întrevede posibilitatea unui control asupra acestora.

Ideile suicidare trebuie puse în evidenţă de la primul interviu. Cînd acestea au fost evidenţiate, terapeutul trebuie să se asigure dacă pacientul a elaborat planuri în acest sens şi ce anume l-a împiedicat să le pună în aplicare.

Dacă lipsa de speranţă şi ideile suicidare sînt serioase, atunci acestea trebuie să reprezinte obiectivul primelor intervenţii. Unii terapeuţi consideră că nu este bine să vorbească de suicid pentru a nu băga astfel de idei în capul pacienţilor lor. Dar observaţiile au arătat că, mai curînd, discuţiile deschise pe această temă pot produce pacientului un sentiment de uşurare. Suicidul este reacţia obişnuită la ideea că situaţia este intolerabilă şi nimic nu poate fi făcut pentru a o schimba. Autodistrugerea apare în aces caz ca un fel de rezolvare a problemei. În acest caz, discuţiile pot deschide perspectiva găsirii unei soluţii alternative.

Stabilirea scopurilor

Se realizează prin intermediul unor întrebări de genul: „Cum ai vrea să stea lucrurile în problema X?“ sau „Să presupunem că tratamentul va avea efect; cum vezi desfăşurarea diferită a lucrurilor în problema ta?“

Scopurile se modifică adesea pe parcursul tratamentului. Stabilirea scopurilor îl ajută pe terapeut să corecteze expectaţiile nerealiste cu privire la psihoterapie, furnizează cîteva standarde în raport cu care se poate monitoriza progresul şi focalizează atenţia spre viitor.

Prezentarea tratamentului

Pacienţilor li se dau informaţii despre aspectele practice, cum ar fi numărul de şedinţe, durata şi frecvenţa acestora, cît şi despre temele pentru acasă. Li se explică clar faptul că depresia trebuie înţeleasă în termenii cercului vicios pe care îl produc gîndurile negative care, la rîndul lor, produc o dispoziţie proastă ce generează, la rîndul ei, gînduri negative. Trebuie să li se explice, de asemenea, că schimbarea este posibilă dacă pacientul învaţă să surprindă şi să testeze (verifice) gîndurile negative pentru a sparge cercul vicios prin găsirea unor alternative mai realiste la gîndurile negative.

Pacientul este invitat să-şi exprime deschis îndoielile şi acestea sînt discutate cu psihoterapeutul. Acesta este solicitat să-şi monitorizeze activităţile, dispoziţia şi gîndurile negative automate într-o agendă personală. Agenda include:

- trecerea în revistă a evenimentelor de la ultima şedinţă;
- feedback-uri referitoare la ultima şedinţă;
- temele pentru acasă.

Fiecare şedinţă este dedicată unei anumite probleme, denumită *tema majoră*, care este definită de pacient în colaborare cu terapeutul. Ea presupune lucrul cu o strategie cognitiv-comportamentală specifică, cum ar fi de pildă adresarea

de întrebări de verificare a gîndurilor negative, discutarea dificultăţilor care au apărut în ultima săptămînă sau dezbaterea unor probleme pe termen lung (exemplu: dificultăţi maritale).

Temele pentru acasă au menirea de a ajuta pe pacient să-şi însuşească tehnici de autoajutorare.

Ele sînt utile dacă:

- urmează logic ceea ce s-a petrecut în timpul şedinţei de psihoterapie;
- sînt precis şi concret definite, astfel încît succesul este uşor de înregistrat;
- au o bază logică, înţeleasă şi acceptată atît de terapeut, cît şi de pacient;
- sînt definite ca situaţii din care nu se pierde nimic pentru că se învaţă chiar dacă scopul nu a fost atins.

Pentru a evita orice neînţelegere este util atît pentru terapeut, cît şi pentru pacient să noteze sarcina trasată şi ce anume trebuie obţinut.

Strategiile cognitiv-comportamentale de psihotarapie (Melanie Fennell, 1989)

1. Strategii cognitive:
   - Tehnici de distragere
   - Numărarea gîndurilor
2. Strategii comportamentale:
   - Monitorizarea activităţilor, plăcerii şi autocontrolului;
   - Realizarea unor orare;
   - Stabilirea unor sarcini gradate.
3. Strategii cognitiv-comportamentale:
   - Identificarea gîndurilor negative automate;
   - Adresarea de întrebări gîndurilor negative;
   - Experimente în sfera comportamentală.
4. Strategii preventive:
   - Identificarea convingerilor;

- Adresarea de provocări convingerilor;
- Pregătirea pentru viitor.

Pentru a încuraja speranţa şi angajarea pacientului în psihoterapie este important ca în cadrul şedinţelor de psihoterapie, cît şi al temelor pentrtu acasă aceştia să obţină unele succese, oricît de mici, pe care pacientul trebuie să şi-l atribuie lui însuşi şi care să aducă o dovadă că depresia poate fi controlată prin efort personal. Acest lucru este cu atît mai important la începutul tratamentului.

Etapa nr. 1. Strategii cognitive

Sînt prezentate ca modalităţi de a stopa „ruminaţiile" depresive care nu fac decît să înrăutăţească situaţia, în loc să contribuie la o rezolvare constructivă a problemei.

Ele sînt utile mai ales la începutul tratamentului, înainte ca pacientul să capete abilitatea de a găsi alternative la gîndurile negative automate. Ele nu produc o modificare cognitivă esenţială, dar prin reducerea frecvenţei gîndurilor depresive contribuie la ameliorarea dispoziţiei care, la rîndul ei, poate fi utilizată pentru a facilita rezolvarea de probleme.

Unii pacienţi utilizează spontan metoda distragerii pentru a evita să se gîndească la lucruri dureroase („evitare cognitivă"). Acestora trebuie să li se explice avantajele (se simt bine pe termen scurt) şi dezavantajele (problemele rămîn nerezolvate pe termen lung) aplicării acestei tehnici ca unică metodă.

Tehnicile de distragere:

1. Concentrarea pe un obiect.

Pacienţilor li se cere să se concentreze pe un obiect şi să-l descrie pentru ei înşişi cu cît mai multe detalii.

2. Conştientizarea senzorială.

Pacienţii sînt învăţaţi să se concentreze asupra mediului înconjurător ca un tot unitar, utilizînd văzul, auzul, gustul, pipăitul şi mirosul. Concentrarea poate viza şi corpul propriu

(„Ce simţi în interiorul corpului tău? Ce poţi atinge? Îţi simţi trupul pe scaun? Îţi percepi hainele, ochelarii, părul? etc. Ce vezi în jurul tău? Şi ce mai vezi? Ce auzi?" etc.

3. Exerciţii mentale:
   - a număra de la 1000 la 1 din 7 în 7 (din 5 în 5);
   - a numi oraşele al căror nume începe cu o anumită literă;
   - reamintirea în detaliu a unei vacanţe.

4. Amintiri şi imagini plăcute:
   - amintirea unei situaţii plăcute, cînd subiectul a avut un mare succes;
   - ce ai face dacă ai cîştiga o maşină sau o sumă mare de bani.

Dezavantajul constă în faptul că la depresivi accesul la amintiri plăcute poate fi dificil de realizat, iar gîndurile pozitive sînt repede sufocate de cele negative.

5. Activităţi care îl absorb pe subiect.

Este important să fie selectate astfel de activităţi care ocupă atît mintea, cît şi trupul: rebus, tenis, ascultă radioul în timp ce calcă etc.

6. Numărarea gîndurilor (Burns, 1980).

Au menirea să producă o anumită distanţă faţă de gîndurile negative. Subiectul este învăţat să noteze apariţia gîndurilor negative bifînd cîte un punct într-un tabel. Dezavantajul acestei tehnici constă în aceea că ea poate avea ca efect imediat intensificarea gîndurilor negative, ceea ce duce la accentuarea depresiei, mai ales atîta timp cît pacientul nu are încă deprinderi de a le modifica.

Etapa nr. 2. Strategii comportamentale

Scopul unor activităţi – cum ar fi automonitorizarea, realizarea şi urmărirea unor programe (orare) şi a unor sarcini gradate – are drept scop angajarea subiectului în activităţi care să îmbunătăţească dispoziţia.

1. Monitorizarea activităţilor.

Pacienţilor li se cere să noteze ce fac, oră de oră, şi să coteze activităţile în funcţie de doi parametri:

- plăcere – P;
- grad de realizare (măiestrie) – R.

Aceste protocoale îl ajută pe pacient să verifice veridicitatea unor gînduri, cum ar fi „Eu nu am făcut nimic".

De asemenea, acest gen de înregistrări surprinde relaţia dintre dispoziţie şi activitate.

Cotînd diverse activităţi la indicatorul „plăcere", aceasta poate ajuta la infirmarea unor gînduri negative de tipul „Orice aş face, mi-e indiferent" (gînd ce reflectă dificultatea de a percepe experienţe pozitive).

2. Realizarea unor orare (programe).

Se utilizează pentru a planifica activităţile viitoare după acelaşi model (oră de oră). Scopul constă în a creşte nivelul de activism al subiectului şi de a maximiza eficienţa şi plăcerea.

Avantajele tehnicii:

- reduce numărul prea mare de sarcini la o listă posibil de îndeplinit;
- înlătură nevoia unor decizii repetate („Ce voi face acum?");
- creşte sentimentul că activităţile respective pot fi îndeplinite;
- creşte proporţia activităţilor de pe urma cărora subiectul obţine satisfacţie;
- creşte nivelul sentimentului de autocontrol al subiectului asupra propriei sale existenţe.

Sarcinile gradate se referă la realizarea unor exerciţii în paşi mici, accesibili subiectului, fiecare pas fiind întărit prin feedback.

Accesul la fiecare etapă este facilitat prin identificarea şi adresarea unor întrebări cu caracter provocativ fiecărui blocaj (Blocajele sînt de tipul: „Nu voi fi capabil să fac aceasta"; „Este prea mult pentru mine" etc.).

Tehnica este utilă pentru a-l ajuta pe pacient să depăşească inerţia şi să facă faţă unor situaţii care produc anxietate. Depresivii relatează faptul că de cele mai multe ori ei eşuează să îndeplinească sarcini pe care şi le-au trasat singuri şi folosesc aceste fapte ca pe o dovadă a inadecvării lor personale. Aceasta se întîmplă pentru că ei aşteaptă prea mult de la propria persoană, considerînd că ar trebui să se comporte ca şi cum nu ar fi depresivi.

Sarcinile gradate combat lipsa de speranţă, încurajînd pacientul să reducă sarcinile la proporţii rezonabile şi crescînd frecvenţa recompenselor.

Etapa nr. 3. Strategii cognitiv-comportamentale

Şedinţele de psihoterapie şi temele pentru acasă au ca obiectiv să-l înveţe pe pacient să identifice, să adreseze întrebări şi să testeze autenticitatea gîndurilor negative.

Conţinutul gîndurilor negative a fost clasificat în ceea ce Beck (1967) numea „triada cognitivă":

1. Ego-ul („sînt lipsit de valoare");
2. Experienţele curente („nimic din ceea ce fac nu este bine");
3. Viitorul („Niciodată nu mă voi simţi mai bine").

Gîndurile depresive automate au o serie de particularităţi care influenţează psihoterapia şi afectează relaţia terapeut-pacient:

- sînt habituale şi deci greu de identificat;
- sînt automate şi involuntare şi deci greu de controlat;
- au un caracter plauzibil (mai ales atunci cînd sînt însoţite de emoţii puternice) şi deci este greu să li se adreseze o provocare;
- se referă la o gamă largă de stimuli, incluzînd chiar psihoterapia, iar tratamentul poate fi rejectat pentru că pacientul prevede eşecul acestuia.

Aceste gînduri negative în legătură cu psihoterapia trebuiesc identificate şi chestionate ca oricare alte gînduri nega-

tive. Gîndurile negative reprezintă rezultatul unor erori în procesul de percepere şi interpretare a experienţelor vieţii. Aceste erori se referă la:

- *Supragenerализare*: subiectul trage concluzii generale pornind de la situaţii particulare („tot ceea ce fac este greşit");
- *Abstragere selectivă*: se acordă atenţie doar aspectelor negative ale vieţii („nu am avut nici o clipă plăcută astăzi"). Momentele agreabile nu au fost conştientizate;
- *Raţionamente dihotomice*: subiectul gîndeşte în extreme („Dacă nu fac acest lucru perfect, mai bine nu-l fac deloc");
- *Personalizarea*: subiectul îşi asumă responsabilităţi pentru lucuri care nu au sau au de-a face în mică măsură cu persoana lui (exemplu: dacă prietenul a trecut pe stradă fără să-l observe, din neatenţie, depresivul îşi spune: „probabil că am făcut ceva care l-a supărat");
- *Inferenţe arbitrare*: se trag concluzii pe baza unor raţionamente neadecvate (cineva care nu a reuşit să ducă la bun sfîrşit prima temă pentru acasă poate trage concluzia: „acest gen de psihoterapie nu mi se potriveşte").

Identificarea gîndurilor negative automate

Pacienţii învaţă să identifice aceste gînduri întîi împreună cu psihoterapeutul, iar apoi dezvoltă aceste capacităţi prin intermediul unor teme pentru acasă. Aceştia învaţă să:

- identifice emoţiile neplăcute;
- situaţiile în care acestea apar;
- să identifice gîndurile automate asociate.

Modificarea dispoziţiei este un semnal că gîndurile negative automate sînt prezente (este mai uşor ca la început pacientul să evalueze dispoziţia decît gîndurile negative).

Pentru pacienţii care nu agreează evaluările numerice, pentru că au impresia că demersul terapeutic este prea mecanicist, se pot utiliza scale de evaluare calitativă (mă simt foarte rău, rău, aşa şi aşa, bine, foarte bine).

Gîndurile automate negative nu se referă numai la cuvinte, ci şi la imagini, care trebuie descrise în detaliu.

Dificultăţi în identificarea gîndurilor negative

1. Pacienţii evită să-şi înregistreze gîndurile.

Depresia face ca la unii pacienţi să fie dificilă distanţarea de gîndurile negative. Mai mult, concentrarea asupra gîndurilor negative atîta timp cît subiectul nu este capabil să le controleze poate fi aversivă şi dureroasă. În astfel de cazuri este indicat să fie limitat timpul de concentrare asupra gîndurilor negative pentru a realiza un oarecare control asupra acestora.

2. Subiectul nu identifică gîndurile negative.

În aceste situaţii, este bine să se adreseze întrebarea: „Ce semnificaţie are situaţia respectivă pentru dv.?"

3. O eroare frecventă a terapeutului constă în a pune întrebări în legătură cu cauza unor stări afective negative (de ce?) şi nu cu *ce* gînduri îi vin în minte subiectului. În aceste situaţii, el pierde ocazia să obţină o înregistrare a gîndurilor negative.

Întrebarea corectă este: „Ce ţi-a trecut prin minte în momentul acesta?"

Testarea (verificarea) gîndurilor negative automate

1. Adresarea unor întrebări cu caracter provocativ.
2. Experimentarea în sfera comportamentală.

1. Întrebările cu caracter provocativ au drept scop să-l înveţe pe subiect să-şi reevalueze modul de gîndire pentru el însuşi. Acest obiectiv nu va fi atins dacă terapeutul face toată treaba singur, în locul pacientului. Cu alte cuvinte, trebuie să

se urmărească extragerea unor alternative de la subiect şi *nu* oferirea unor alternative.

Întrebările uzuale sînt:

- Pe ce te bazezi cînd afirmi că lucrurile stau aşa?
- Ce puncte de vedere alternative pot fi găsite aici?
- Care sînt avantajele şi dezavantajele acestui mod de gîndire?
- Ce erori de logică am făcut?

Întrebări pentru a pune în evidenţă punctele de vedere alternative:

a) Ce ai fi gîndit despre aceasta înainte de a fi deprimat?

b) Ce ar fi gîndit cineva în care ai încredere despre aceasta?

c) Ce i-ai spune altei persoane care ar veni să-ţi ceară sfatul într-o problemă asemănătoare?

Întrebarea legată de avantajele şi dezavantajele modului negativ de a gîndi se referă la acei pacienţi care consideră că gîndurile cu caracter autocritic sînt folositoare şi constructive.

Întrebarea referitoare la „ce eroare logică fac" se referă la pacienţii care fac în mod frecvent aceeaşi greşeală, cum ar fi suprageneralizarea, abstracţia selectivă sau altele.

2. Experimentările în sfera comportamentală se referă la găsirea unor modalităţi mai eficiente de a reacţiona la o situaţie externă care nu poate fi ameliorată. Uneori subiectul are în interiorul său modalităţile eficiente de acţiune, dar acestea sînt blocate de modul negativ de gîndire. De pildă, un pacient ştie cum să-şi exprime dezacordul, dar îşi inhibă reacţia prin gînduri de tipul: „Dacă îmi voi exprima dezacordul, ei nu mă vor agrea".

În alte cazuri, pacientul chiar nu ştie cum ar putea acţiona mai eficient. În astfel de cazuri el trebuie să-şi însuşească noi modele de comportament, cum ar fi comporta-

mentul asertiv, abilităţile sociale, rezolvarea de probleme sau deprinderi de studiu.

Etapele experimentării în sfera comportamentală:

1. Predicţia specifică ce gînd va fi testat în practică (exemplu: „Îi voi spune soţiei mele ce rău mă simt şi ea se va supăra pe mine").

2. Trecerea în revistă a evidenţelor pro şi contra gîndului respectiv.

3. Experimentarea practică pentru testarea validităţii ipotezei (predicţiei). Terapeutul şi pacientul trebuie să ştie foarte precis ce anume trebuie făcut. Mai mult, experimentarea trebuie astfel organizată pentru a maximiza şansele unui rezultat pozitiv (se poate repeta sub formă de role-playing ce anume va spune pacientul).

4. Notarea rezultatelor. Ca şi temele pentru acasă, experimentările în plan comportamental trebuie astfel conduse încît să nu se piardă nimic, cu alte cuvinte pacientul să cîştige chiar în cazul în care situaţia nu a luat întorsătura pe care o doreşte el. În aceste cazuri, cîştigul constă în a învăţa ceva. Dacă soţia nu s-a supărat, este cu atît mai bine. Dacă s-a supărat, se pot obţine noi informaţii:

- Ce nu este în regulă?
- A făcut pacientul ceva ce nu trebuia? etc.

O dată ce problema a fost definită, se elaborează planuri pentru a face faţă situaţiei mai bine data viitoare şi astfel rezultatele negative pot avea un caracter constructiv.

5. Concluziile. Este bine ca acestea să fie formulate sub forma unei reguli (exemplu: „nu face presupuneri în legătură cu modul în care se vor purta ceilalţi cu tine, mai bine verifică singur").

Dificultăţi care apar în provocarea gîndurilor negative automate

1) Răspunsurile raţionale modifică emoţiile negative numai dacă pacientul crede în ele. Acesta este motivul pentru

care ele trebuie extrase de la pacient şi nu furnizate de terapeut.

Provocarea prin întrebări a gîndurilor negative este o abilitate care se obţine prin practică. Cînd răspunsurile alternative aparent valide nu conduc la reducerea depresiei sau a credinţei în gîndurile negative iniţiale, este un semn că pacientul are rezerve în legătură cu validitatea lor. În acest caz, acestor afirmaţii de tipul „da, dar..." trebuie să li se răspundă la rîndul lor.

2. Terapeutul se poate lăsa contaminat de modul de gîndire al pacientului. Terapeutul poate cădea în capcana de a considera că pacientul are dreptate să se simtă deprimat mai ales atunci cînd circumstanţele existenţei sînt deosebit de dificile. Terapeutul trebuie să fie convins că schimbarea e posibilă pentru că nu toţi oamenii devin deprimaţi în situaţii dificile.

3. Provocarea este imposibilă.

Faptele nu pot fi provocate! Ceea ce terapeutul interpretează ca fiind o distorsionare de tip depresiv, uneori este o realitate obiectivă. În acelaşi timp, întrebărilor nu li se pot adresa alte întrebări cu caracter provocativ. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să transforme întrebarea în afirmaţie după modelul:

„Ce va fi dacă nu pot face faţă?" devine „Nu voi fi capabil să fac faţă".

Etapa nr. 4. Strategii preventive

Avantajul major pe care îl are psihoterapia (mai ales cea cognitiv-comportamentală) faţă de medicaţia antidepresivă este că reduce riscul de recădere. Aceasta se întîmplă pentru că subiectul îşi însuşeşte o serie de deprinderi de a face faţă depresiei, ceea ce îi scade vulnerabilitatea faţă de episoadele viitoare, pentru că aceste deprinderi zdruncină convingerile negative de bază pe care se fundamentează depresia.

Identificarea şi adresarea de provocări convingerilor negative

O dată ce pacientul şi-a însuşit abilitatea de a identifica gîndurile negative automate, se poate trece la abordarea convingerilor negative.

Acestea au următoarele caracteristici:

1. Nu reflectă realitatea experenţială. De exemplu, convingerea „voi fi totdeauna puternic" ignoră vulnerabilitatea umană. Din acest punct de vedere, aceste convingeri sînt iraţionale.

2. Sînt rigide, suprageneralizate şi extreme, pentru că nu ţin seama de variaţia circumstanţelor.

3. Ele mai curînd stopează decît facilitează atingerea unor scopuri, pentru că standardele perfecţioniste produc anxietate, care inhibă şi blochează performanţele.

4. Încălcarea (violarea) lor este asociată cu emoţii extreme şi excesive (depresie şi disperare, mai curînd decît tristeţe şi regret.

5. Sînt relativ nemodificabile sub influenţa experienţelor obişnuite. Aceasta se întîmplă pentru că subiectul acţionează ca şi cum ele ar fi adevărate şi pentru că ele nu sînt explicit formulate, acţionînd la nivel inconştient.

Abandonarea lor are pentru subiect riscuri inacceptabile. Astfel, de exemplu: Dacă voi înceta să-i pun pe ceilalţi pe primul plan, nimeni nu o să mă mai placă".

Beck, Hollon, Young, Bedrosian şi Budenz (1985) au grupat convingerile disfuncţionale în funcţie de 3 domenii:

- Realizate (nivel înalt de performanţe, nevoie de succes);
- Acceptare (nevoia de a fi agreat, iubi);
- Control (nevoia de a controla evenimentele, nevoia de a fi puternic);

Beck, Epstein şi Harrison (1983) au grupat aceste convingeri şi în funcţie de o dimensiune supraordonată în:

- Sociotrofie – care implică accentul pe relaţiile interpersonale;

- Autonomie – care implică accentul pe independenţă şi libertatea alegerii.

Această clasificare poate ajuta demersul psihoterapeutic. Astfel, de pildă, o persoană cu grad mare de autonomie va accepta cu dificultate sugestiile terapeutului şi va avea tendinţa să încheie în mod prematur psihoterapia pentru că este convinsă că se poate descurca şi singură. Dimpotrtivă, o personalitate sociotropă poate avea dorinţa exagerată de a face pe plac terapeutului şi va avea dificultăţi să acţioneze independent între şedinţe.

Ambele modalităţi habituale de răspuns pot fi speculate în avantajul psihoterapiei:

- în primul caz, terapeutul pune accent pe aspectele de autoajutorare (self-help) ale tratamentului;
- în al doilea caz, dorinţa pacientului de a-i fi pe plac terapeutului poate fi utilizată pentru a-l mobiliza pe pacient înainte de a se încuraja independenţa lui mai mare.

Identificarea convingerilor disfuncţionale este mai greu de realizat decît a gîndurilor negative automate, pentru că ele reprezintă reguli generalizate care pot să nu fie niciodată formulate explicit. Ele trebuie mai curînd extrase decît observate, utilizînd următoarele surse de informaţii:

1. Tematica ce rezultă din timpul discuţiilor cu terapeutul. Exemplu: pacientul este preocupat să facă lucrurile foarte bine sau de faptul de a nu fi rejectat.

2. Erorile de logică ce apar în cursul gîndurilor negative automate pot fi identice şi la nivelul convingerilor. De exemplu, raţionamentul dihotomic:

a) gînd negativ: „Dacă mai avem vreo dispută, eu plec".

b) convingere negativă: „Dacă nu poţi cădea de acord cu cineva, mai bine nu ai nici o relaţie cu nimeni".

3. Autoevaluarea globală: termeni ca „prost", „infantil", „slab" pe care îi foloseşte subiectul în raport cu el însuşi

pot reflecta standarde care nu sînt vizibile la prima vedere. Evaluarea globală a celorlalţi poate îndeplini aceeaşi funcţie.

4. Amintiri, relatări ale familiei. Unii oameni au frecvent amintiri foarte vii din copilărie care pot furniza o informaţie intuitivă asupra credinţelor subiectului. Astfel, de exemplu, o femeie avea convingerea că trebuie să răspundă permanent dorinţelor celorlalţi. Ea conserva amintirea vie a mamei sale, care pleca de acasă ameninţînd-o că nu o va mai iubi dacă nu face ceea ce i s-a cerut.

5. Buna dispoziţie indică faptul că convingerea a fost confirmată, iar proasta dispoziţie că regula a fost încălcată. Astfel, o persoană care consideră absolut necesar că trebuie să fie agreată de toată lumea, va fi încîntată dacă cineva o place (nu *doar* mulţumită).

Adresarea de întrebări provocative convingerilor negative

O dată identificate convingerile negative, disfuncţionale, se procedează la întrebări cu caracter provocativ şi la experimentări în sfera comportamentală pentru ca subiectul să-şi elaboreze *convingeri-reguli* mai moderate şi mai realiste.

Sînt utile întrebări de tipul următor:

- În ce mod această convingere are un caracter iraţional? Se potriveşte convingerea ta cu modul real în care funcţionează lumea?

De pildă, este iraţional să ceri ca viaţa să fie echitabilă, pentru că faptele arată că acest lucru nu e posibil.

- În ce mod această convingere este nefolositoare?

Îi ajută ea pe pacienţi să obţină ceea ce vor de la viaţă, sau, dimpotrivă, îi blochează?

O strategie utilă într-o astfel de situaţie constă din realizarea unei liste cu avantajele şi dezavantajele menţinerii convingerii respective.

- De unde provine convingerea respectivă?

În psihoterapia cognitiv-comportamentală perspectiva istorică nu este uzuală. Cu toate acestea, în unele cazuri, înţelegerea modului cum s-a format convingerea disfuncţională îl ajută pe subiect să se distanţeze de ea. Ceea ce pentru copil constituia o regulă, nu mai reprezintă acelaşi lucru pentru adult. De pildă, pacientul, în calitate de copil, putea să creadă că supravieţuirea sa depinde de blocarea oricărei contraziceri a mamei. În calitate de adult, el trebuie să dezvăluie toate consecinţele care rezultă din faptul de a-i contrazice pe ceilalţi, ajungînd la concluzia că a face pe plac celorlalţi este rareori o problemă de viaţă şi de moarte.

- Care ar fi alternativa unei convingeri cu caracter mai moderat, care să aibă doar avantajele, nu şi dezavantajele convingerii disfuncţionale?

Convingerile disfuncţionale sînt formulate în termeni extremi, ca necesităţi absolute. Formularea unor alternative care să ţină seama şi de unele nuanţe de cenuşiu (nu numai de alb sau negru) ajută subiectul să facă faţă unor situaţii care pînă atunci conduceau la eşecuri şi, în consecinţă, la depresie. De pildă, un pacient considera că a solicita ajutor este un semn de slăbiciune. Convingerea sa suna cam aşa: „Totdeauna trebuie să te descurci singur, indiferent cît de rău te simţi!"

În timpul terapiei, el a fost ajutat să-şi construiască o convingere alternativă mai realistă: „Este bine să faci faţă problemelor tale în mod independent, dar nu este corect faţă de mine însumi să-mi pretind aşa ceva în toate situaţiile. Nu sînt decît un om şi am uneori nevoie de ajutor ca oricine altcineva".

Alternativele la convingerile disfuncţionale pot fi notate pe cartele, pe care pacientul le citeşte de mai multe ori pînă cînd modul de a acţiona în acord cu acestea devine o a doua natură.

Ca şi în cazul gîndurilor negative automate, provocările verbale adresate convingerilor disfuncţionale trebuie testate şi întărite prin modificări în plan comportamentele.

Experimentările în plan comportamental trebuie repetate perioade mult mai lungi decît cele care se referă doar la gînduri negative automate şi într-o gamă mai largă de situaţii. Aceste experimentări pot îmbrăca o varietate largă de forme:

- strîngerea de informaţii cu privire la regulile de viaţă, convingerile şi standardele celorlalţi (şi nu considerarea standardelor personale ca fiind universale);
- observarea modului în care se comportă alţii (poate fi un indicator al unor norme diferite de viaţă);
- acţiuni contrare convingerilor disfuncţionale şi observarea consecinţelor;
- testarea în practică a noilor reguli-convingeri.

Astfel, pacientul care credea că nu trebuie să solicite ajutor în nici o situaţie a fost învăţat să solicite respectivul ajutor la serviciu, acasă şi de la prieteni chiar atunci cînd nu avea neapărat nevoie de acesta. În felul acesta, el a decoperit că nu se întîmplă nici o catastrofă; în plus, relaţiile lui cu ceilalţi s-au îmbunătăţit, pentru că oamenii au realizat că el nu este invulnerabil şi l-au agreat mai mult aşa.

Eventualele recăderi în timpul psihoterapiei sînt utilizate ca posibilităţi pentru noi exerciţii practice, demonstrîndu-se faptul că cele învăţate pot fi utilizate pentru a controla recăderile depresive.

Pregătirea pentru viitor

La sfîrşitul terapiei, mulţi pacienţi se tem de faptul că nu se vor descurca singuri. Aceste temeri sînt abordate în acelaşi mod ca şi alte gînduri negative. Este important ca pacienţii să fie încurajaţi să le exprime şi apoi să le testeze validitatea. Astfel, de pildă, unui pacient i se pot da ca teme pentru acasă să-şi adreseze astfel de întrebări:

„Ce dovezi ai că psihoterapia a acţionat în cazul tău?"

„Ce ai învăţat de la aceste şedinţe de psihoterapie?"

„Cum poţi aplica cele învăţate pentru a deveni la sfîrşitul tratamentului o persoană independentă şi încrezătoare în sine?"

„Presupunînd că vor apărea probleme la un moment dat, care ar fi elementele care te-ar putea face să recazi?"

„Cum le-ai putea face față?"

„Cine este în viața ta care te-ar putea ajuta la nevoie?"

„Ce motive te-ar putea face să te adresezi din nou terapeutului tău dacă eforturile tale cele mai intense nu dau rezultate?"

Dacă se întrevede un eveniment psihotraumatizant în viitor (de exemplu, decesul unui părinte sau faptul că un copil părăsește familia), terapeutul și pacientul pot elabora un plan de acțiune pentru o astfel de eventualitate.

De asemenea, este bine să se elaboreze un fel de rezumat al tehnicilor de autoajutorare, sub forma unui ghid de „prim ajutor", ghid care să conțină, pe de o parte, dificultățile resimțite de pacient cînd a fost depresiv și, pe de altă parte, tehnicile specifice care s-au dovedit utile în depășirea situațiilor respective. (De exemplu, planificarea zilei pentru a maximiza plăcerea și eficiența, a fi mai tolerant cu propria persoană etc.).

Ce se întîmplă dacă terapia cognitiv-comportamentală eșuează?

Un număr relativ redus de pacienți depresivi nu răspund la terapia cognitiv-comportamentală (Blackburn și Bishop, 1983; Fennell și Teasdale, 1987 a). Din nefericire, este dificil ca aceștia să fie identificați înainte de începerea tratamentului, deși dificultățile de a lucra cu ei se manifestă încă din primele ședințe. În astfel de cazuri, terapia se încheie cu eleganță, după 5-6 ședințe, și se recomandă alt tip de tratament.

În funcție de factorii care produc rezistență la psihoterapia cognitiv-comportamentală, se poate recomanda:

- o psihoterapie de lungă durată (nu există nici un motiv pentru care terapia cognitiv-comportamentală să nu poată fi extinsă);
- psihoterapie de familie (dacă factorii care mențin simptomul sînt de natură interpersonală);
- tratament psihiatric *cu* sau *fără* tehnici cognitiv-comportamentale.

Capitolul 10

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburări psihosomatice şi somatoforme

Paul M. Salkovskis (1989) subliniază faptul că abordarea psihologică a problemelor somatice trebuie să aibă în vedere faptul că la aceşti pacienţi se recurge la tratamentul psihologic ca la ultimul „colac de salvare". Cu cît problema somatică se cronicizează, ei devin tot mai deprimaţi din cauza eşecului tratamentului medical şi se percep ca avînd tot mai multe probleme psihologice. În aceste condiţii, deşi ajung să accepte tratamentul psihologului sau al psihiatrului, ei consideră acest tratament ca pe un tratament auxiliar.

Problemele (tulburările) somatice (psihosomatice şi somatoforme) pot fi împărţite în următoarele categorii (Salkovskis, 1989):

1. Tulburări unde există perturbări identificabile ale funcţionării corporale;

2. Probleme unde tulburările se datorează perceperii cu o excesivă sensibilitate sau reactivitate a unor senzaţii corporale normale;

3. Categoria combinată.

În practică, adesea aceste categorii se întrepătrund. (De pildă, un pacient hipocondriac poate reacţiona la simptome minore, cum ar fi durerile de cap).

Cele mai frecvent întîlnite tulburări somatice (psihosomatice şi somatoforme) care ajung la psihiatrie sînt:

- insomnia;
- cefaleea;
- sondromul colonului iritabil;
- tulburarea hipocondriacă.

Un principiu important al terapiei cognitiv-comportamentale în tulburări somatice constă în aceea că problema pacientului poate fi formulată în termeni pozitivi chiar şi atunci cînd există o tulburare organică reală.

Psihoterapia este mult mai complexă şi mai sofisticată atunci cînd factorul fiziologic joacă un rol important în menţinerea problemei. În această situaţie, nu este indicat să înlăturăm orice problemă fiziologică, conform postulatului fals că „dacă nu este ceva organic, trebuie să fie ceva psihic". Terapeutul trebuie să obţină o descriere exactă a condiţiei somatice a pacientului, să urmărească evoluţia acesteia şi să cunoască toţi factorii somatici care pot afecta tratamentul psihologic.

Tulburările somatice şi somatoforme la care se poate aplica psihoterapia cognitiv-comportamentală

1. Probleme unde există o tulburare observabilă şi identificabilă a funcţionării corporale:
   - Sindromul colonului iritabil: dureri abdominale, constipaţie şi/sau diaree;
   - Hipertensiune arterială;
   - Ticuri şi spasme;
   - Astm bronşic;
   - Insomnie: dificultăţi de somn asociate cu fatigabilitate în timpul zilei. Există mai multe variante:
     - insomnie de adormire;
     - somn agitat cu treziri frecvente;
     - insomnie de trezire (se trezeşte foarte devreme);
     - somn neodihnitor.

- Tulburări de somn:
  - coşmaruri;
  - somnambulism;
  - enurezis;
  - bouxism (scrîşnitul dinţilor);
  - sforăit;
- vomă psihogenă;
- dificultăţi de înghiţire şi de a mînca;
- probleme dermatologice: leziuni, iritaţii, erupţii, eczeme, psoriazis (adesea exacerbate din cauza scărpinatului).

2. Probleme în cadrul cărora tulburarea constă în perceperea unor simptome datorate excesivei reactivităţi la senzaţiile corporale normale.

- Hipocondria: preocuparea şi teama subiectului că ar avea o boală somatică gravă, fără acoperire în realitatea clinică; rezistentă la asigurări medicale; include şi nozofobia (fobia de boală).
- Tulburarea de somatizare: multe plîngeri somatice minore, cu convingerea pacientului că este bolnav.
- Durerile ideopatice: preocuparea pentru durere.
- Tulburarea conversivă (isterică): pierderea sau alterarea funcţionalităţii unui aparat sau sistem al organismului, produsă datorită unor cauze psihogene şi care sugerează o tulburare somatică.
- Dismorfobia: preocuparea pentru un defect fizic imaginar sau pentru înfăţişarea subiectului.

3. Probleme în cazul cărora cauzele simptomelor variază sau sînt neclare.

Cefaleea:

- migrenă;
- cefalee tensională.

Se datorează unor tulburări funcţionale ale contracţiilor musculare sau ale sistemului vascular.

- Senzaţia de sufocare: perceperea subiectivă a obstrucţiei căilor respiratorii în absenţa unor factori fiziologici obiectivi.

- Dureri cardiace funcţionale (nevroza cardiacă): dureri în regiunea cardiacă, tulburări care mimează o afecţiune cardiacă.
- Simptome vestibulare: ameţeli, tinnitus (vîjîit în urechi).
- Dureri cronice: algii care apar în cursul normal al vindecării sau care rezultă dintr-o condiţie degenerativă (inclusiv durerile de spate).

Abordarea psihologică a problemelor psihosomatice şi somatoforme

Psihologia medicală cunoaşte două tipuri de abordări (opţiuni terapeutice):

a) Adoptarea unui diagnostic medical şi apoi aplicarea principiilor psihologice ţinînd seama de acest cadru, cu presupunerea că diverşi factori psihologici operează în mod diferit în cazul unor diagnostice diferite.

b) Se porneşte de la unele principii psihologice, mai precis se aplică principii psihologice la pacienţi avînd diagnostice diferite (Marteau şi Johnston, 1987). În această abordare, diagnosticul medical se situează pe un plan secundar. Cea de-a doua opţiune terapeutică se potriveşte mai bine demersului cognitiv-comportamental.

Abordarea psihologică a pacienţilor cu tulburări psihosomatice şi somatoforme trebuie să ţină seama de următoarele aspecte:

1. Pacienţii sînt convinşi că problema lor are o cauză de natură fiziologică. Această opinie poate fi corectă, exagerată sau complet greşită. Cînd pacienţii au credinţa distrosionată sau nerealistă că organismul lor funcţionează în mod defectuos, această credinţă devine sursă de stres şi de anxietate.

2. Pacienţii îşi bazează credinţele exagerate pe observaţii care îi conving de faptul că aceste credinţe pot fi adevărate. Este vorba de simptome sau semne care sînt interpretate în mod eronat ca semne de boală sau de interpretarea

greşită a afirmaţiilor pe care le fac unele cadre medicale. De pildă, faptul că un indicator fiziologic se abate de la normă este considerat de pacient ca un semn de boală gravă.

3. Problemele somatice ale pacienţilor sînt dezadaptative în două sensuri:

- datorită handicapului produs de problemă;
- datorită reacţiei emoţionale la problemă: anxietate, supărare, depresie.

Ambele aspecte pot determina pacientul să solicite ajutor.

4. Reacţia la tulburarea percepută poate include modificări în dispoziţie, cogniţie, comportament şi în funcţionarea fiziologică a organismului. Aceste modificări nu fac decît să menţină problema (în cazul tulburărilor unde baza fiziologică este minimală sau inexistentă), sporind handicapul produs de problema fiziologică reală, cît şi reacţia emoţională la tulburarea percepută.

Tratamentul psihologic are drept obiectiv modificarea factorilor care menţin atît starea afectivă negativă, cît şi handicapul somatic.

5. O problemă care iniţial a avut o cauză fizică poate fi menţinută şi prelungită datorită unor factori psihologici.

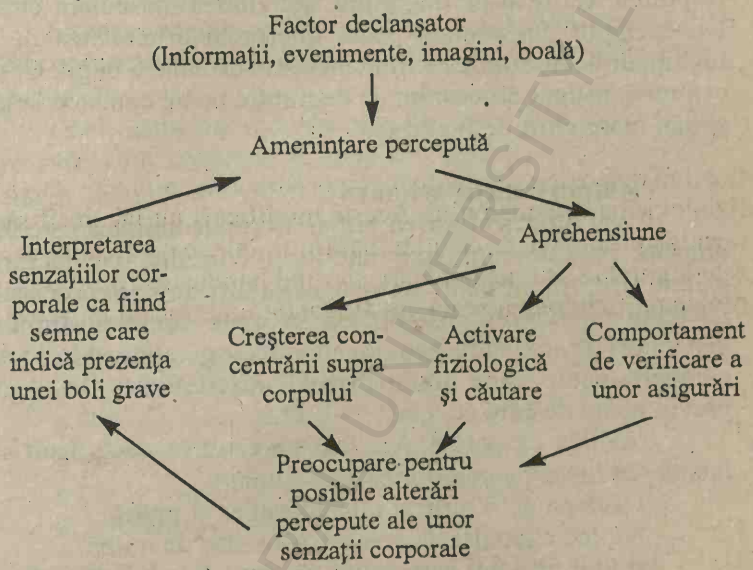
Modelul teoretic al hipocondriei şi al anxietăţii legate de starea de sănătate

Tulburarea hipocondriacă se caracterizează prin aceea că subiectul resimte anxietatea că ar putea avea sau că are deja o boală somatică gravă. Mulţi pacienţi care prezintă cu adevărat boli somatice au un grad mai scăzut de anxietate în legătură cu sănătatea lor.

Una dintre sarcinile de bază ale oricărei psihoterapii care abordează probleme somatice este să evalueze gradul în care anxietatea legată de sănătate contribuie direct sau indirect la starea proastă a pacientului şi la menţinerea problemei acestuia.

Reducerea anxietăţii legate de sănătatea proprie la începutul psihoterapiei reprezintă un obiectiv important, care

poate fi atins repede şi care va spori eficienţa intervenţiilor viitoare. Figura de mai jos arată modul în care factorii psihologici operează în direcţia menţinerii anxietăţii şi preocupărilor pentru sănătate (după Salkovskis, 1989).



De pildă, un pacient poate interpreta transpiraţia abundentă ca fiind semnul unui dezechilibru hormonal sever. Acesta va transpira şi mai mult pe măsură ce se gîndeşte că transpiră, fapt ce îi furnizează evidenţe pentru faptul că este într-adevăr bolnav.

Focalizarea atenţiei

Variaţiile normale ale funcţionării organismului pot intra în obiectivul atenţiei pacientului, acesta percepîndu-le ca pe nişte simptome noi. Aceştia pot să cosidere că aceste modificări percepute reprezintă simptome patologice. Astfel, de pildă, un pacient observă că are unghiile mai palide şi are

pete albe pe unghii şi interpretează acest lucru ca fiind semnul unui deficit hormonal.

Focalizarea atenţiei poate conduce şi la modificări actuale în funcţionarea unor sisteme fiziologice (bătăile inimii, respiraţia, reflexul de deglutiţie, activitatea musculară etc.). De exemplu, un pacient poate interpreta dificultatea de a înghiţi alimente solide ca fiind un semn de cancer în gît. Concentrarea asupra procesului de deglutiţie poate conduce la un şi mai mare efort de înghiţire.

Comportament evitant

Atenţia pacienţilor cu tulburare hipocondriacă este îndreptată predominant spre interiorul corpului, iar factorii externi (lecturi, întrebări adresate celorlalţi) întreţin procesul. Pacienţii au rareori posibilitatea să evite complet stimulii generatori de anxietate, astfel încît ei recurg deliberat la acele comportamente care minimalizează disconfortul fizic sau previn boala de care se tem.

Credinţa că pericolul a fost prevenit nu face decît să întărească ideea pacienţilor că sînt bolnavi:

„Dacă nu aş fi utilizat inhalatorul aş fi murit"

„Nu fac exerciţii fizice pentru că mor de inimă".

La unii pacienţi care suferă de anxietate în legătură cu starea de sănătate, comportamentele de verificare şi de solicitare a unor asigurări sînt întărite de reducerea temporară a anxietăţii. La aceştia, ca şi la obsesivi, rezultatul este creşterea preocupărilor pentru starea de sănătate şi creşterea anxietăţii.

Pacienţii consultă numeroşi medici, fac nenumărate controale şi, în cele din urmă, găsesc medici care să le prescrie o medicaţie severă sau chiar intervenţii chirurgicale, prescrieri pe care pacienţii le iau drept confirmări ale temerilor lor. Simptomele se amplifică şi uneori se adaugă noi simptome iatrogene (efecte secundare ale medicamentelor).

Unele comportamente au efecte directe asupra simptomelor prezente. Astfel, de pildă, un pacient care simte slă-

biciune permanentă încetează să mai facă efort şi se plimbă tot mai puţin. Ca urmare, după cîteva luni, acesta constată o amplificare a stării de slăbiciune (datorată lipsei de antrenament), pe care o pune pe seama bolii, în cazul în care acesta credea că are scleroză multiplă).

Se mai constată şi alte tipuri de comportamente ca, de pildă, utilizarea unei medicaţii inadecvate, a corsetelor, bastoanelor etc.

Deci, aspectul cel mai important al problemei celor care suferă de anxietate legată de sănătate constă în interpretarea eronată a modificărilor corporale obişnuite sau a informaţiilor oferite de medici, prieteni, mass-media.

Pacienţii reţin selectiv informaţii care întăresc convingerile lor negative în legătură cu starea de boală.

Deci factorii cognitivi, fiziologici şi comportamentali care menţin tulburarea hipocondriacă sînt:

- Activarea fiziologică
- Evitarea unor activităţi
- Verificări şi căutare de asigurări
- Interpretarea greşită a simptomelor
- Alterarea dispoziţiei.

Evaluarea

Interviul introductiv are o deosebită importanţă mai ales pentru pacienţii care consideră că au fost trimişi în mod eronat la psihiatru sau psiholog, problema lor fiind somatică. Din acest motiv, interviul iniţial este dificil pentru că pacientul încearcă să-l convingă pe terapeut că are nevoie de medicamente. În aceste situaţii, terapeutul trebuie să-i explice că el se ocupă şi de probleme în care există un factor somatic real, dar tratamentul psihologic ajută la reducerea stresului care amplifică problema.

Nu trebuie să se treacă la psihoterapia propriu-zisă pînă cînd nu se obţine colaborarea pacientului şi o formulare pozitivă a problemei psihologice a acestuia.

Lista problemelor care trebuie evaluate
Interviul preliminar

- Atitudinea pacientului faţă de faptul că a fost trimis la psihoterapie şi faţă de problema sa.
- Detalii în legătură cu problema – aspecte cognitive, fiziologice, comportamentale şi afective.
- Istoricul tratamentelor urmate.
- Factorii care îl fac să se simtă mai rău şi cei care îl fac să se simtă mai bine.
- Nivelul handicapului: social/ocupaţional/loisir.
- Convingeri în legătură cu originile, cauzele şi evoluţia bolii.
- Convingeri generale în legătură cu natura şi semnificaţia simptomelor.

Automonitorizarea:

- Jurnale în legătură cu simptomul (problema) obiectiv, gînduri asociate, dispoziţie, comportamente, medicaţie, consecinţe ale problemei.

Chestionare:

- de anxietate;
- depresie;
- specifice.

Măsurători fiziologice:

- Variaţia unor parametri fiziologici.

Foarte utilă este întrebarea: „Care crezi că este lucrul cel mai rău care s-ar putea întîmpla?"

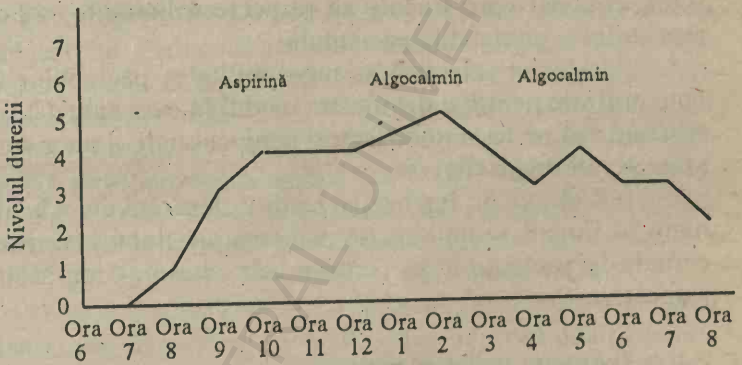
O altă problemă frecvent întîlnită este aceea a pacienţilor care cred că medicii au făcut, în cazul lor, o eroare de diagnostic.

În cazul automonitorizărilor, pacienţii trebuie învăţaţi să descrie gîndurile, stările şi comportamentele asociate cu problema simptom şi *nu* să caute conexiuni între acestea.

Psihoterapia trebuie în multe cazuri realizată în colaborare cu medicul generalist, pentru că pe parcursul ei se procedează la reducerea medicaţiei sau la programe de exerciţii fizice.

Model de foaie de observaţie pentru un pacient cu migrene
(Clare Philips, după Solkovskis, 1989)

0 = absenţa durerii de cap
1 = durere slabă conştientizată din cînd în cînd
2 = durerea poate fi uneori ignorată
3 = simt durerea, dar pot lucra
4 = durere puternică; capacitate de concentrare dificilă
5 = durere intensă, invalidantă



Psihoterapia (Salkovskis, 1989)

Principiile psihoterapiei

1. Obiectivul psihoterapiei este să-l ajute pe pacient să identifice ce este (care este) problema sa şi nu ce nu este ea.

2. Pacientul trebuie să realizeze faptul că simptomele există în realitate, iar tratamentul trebuie să ofere o explicaţie satisfăcătoare pentru prezenţa acestora.

3. Realizarea distincţiei între a furniza pacientului o informaţie relevantă şi asigurarea acestuia cu informaţii repetitive şi irelevante.

4. Şedinţele de psihoterapie nu trebuie să îmbrace un caracter combativ („nu ai boala respectivă!"). Chestionarea pacientului şi colaborarea cu acesta reprezintă metodele preferate.

5. Credinţele pacientului sînt bazate pe fapte de observaţie, pe care acesta la găseşte convingătoare. În loc să combată respectivele credinţe, terapeutul trebuie să descopere acele fapte de observaţie pe care pacientul le consideră dovezi că suferă de o boală şi apoi să lucreze, în colaborare cu pacientul, asupra lor.

6. Se stabileşte cu pacientul un contract pe termen scurt, contract care trebuie să respecte solicitările psihoterapeutului şi anxietăţile pacientului.

7. Atenţia selectivă şi sugestibilitatea pacienţilor trebuie utilizate pentru a demonstra modul în care anxietatea se structurează pe baza unor factori conjuncturali, a unor simptome şi informaţii diverse.

8. Ceea ce au înţeles pacienţii în legătură cu cele afirmate în timpul şedinţelor de psihoterapie trebuie verificat, cerîndu-le pacienţilor să rezume cele spuse şi implicaţiile respective.

Tehnicile psihoterapeutice
(Salkovskis, 1989)

Înainte de începerea tratamentului, pacientul trebuie să fie de acord cu definirea psihologică a problemei sale. Aceasta se discută clar cu pacientul. Pacientul şi terapeutul trebuie să cadă de acord în ceea ce priveşte scopul psihoterapiei. Mulţi pacienţi încearcă să facă din terapeut un fel de aliat, căutînd să-l convingă că „nu sînt nebuni" şi că au într-adevăr o boală somatică. Alţii văd în psihoterapeut un expert de la care pot obţine asigurări.

Pînă cînd expectaţiile diferite ale pacientului şi terapeutului nu sînt puse de acord, terapia nu poate avea succes. Cu toate acestea, terapeutul nu trebuie să se aştepte ca pacien-

tul să-şi considere problema ca fiind doar o simplă „anxietate". Acest impas trebuie rezolvat prin discuţii purtate cu grijă, discuţii în cadrul cărora terapeutul nici nu respinge, nici nu adaugă o greutate în plus convingerilor eronate ale pacienţilor cu privire la boala lor.

La început, terapeutul trebuie să pară că acceptă pe deplin convingerile pacientului. El îi explică acestuia că în general oamenii îşi bazează asemenea convingeri pe date de observaţie. În acelaşi timp, el trebuie să-i arate că mai poate exista şi o explicaţie alternativă la cele observate de pacient şi că vor fi utilizate anumite sarcini specifice pentru a testa respectiva explicaţie a simptomelor, care este diferită de cea a subiectului. Pacientului trebuie să i se spună în mod explicit că analizele, controalele medicale, asigurările şi discuţiile fără rost despre boală nu vor face parte din tratament.

Se propune un termen de 4 luni pentru psihoterapie. Dacă în acest interval pacientul a realizat tot ce i-a cerut terapeutul şi nu s-a produs nici o modificare, terapeutul va fi gata să admită că pacientul are o problemă mai curînd somatică.

1. Modificări în medicaţie, dietă, stil de viaţă.

Mulţi pacienţi consumă medicamente pentru a-şi uşura situaţia, dar acestea nu mai au efect sau sînt chiar nocive. Tratamentele paliative trebuie reduse cît mai mult în colaborare cu medicul generalist. Această reducere trebuie realizată gradat.

Medicaţia prescrisă pentru afecţiuni inexistente nu face decît să sporească anxietatea pacientului pentru că acţiunea de a lua medicamente îndreaptă atenţia pacientului spre boală şi îi întăreşte convingerea că o are.

• În cadrul dietei trebuie înlăturate acele substanţe (alimente) care pot produce tulburări sau reacţii alergice (de exemplu, este cunoscută legătura dintre insomnie şi cofeină). Pacienţii pot să nu fie conştienţi de excesele lor sau se jenează să le recunoască. Aceste excese se referă la alcool, cafea, tutun etc.

• De asemenea este bine să se indice pacientului un program de exerciţii fizice.

2. Modificarea convingerilor cu privire la natura şi consecinţele problemei.

Tratamentul are drept obiectiv prioritar modificarea modului în care pacientul interpretează simptomele. Modificarea convingerilor implică identificarea gîndurilor negative şi a elementelor pe care acestea se bazează. Sé utilizează discuţiile cu privire la gîndurile negative, automonitorizarea şi experimentele în sfera comportamentului. Automonitorizarea oferă pacientului şi terapeutului indicaţii cu privire la cît de eficientă a fost modificarea unei convingeri.

În cadrul experimentelor realizate în sfera comportamentală, obiectivul constă în a-i demonstra pacientului că simptomele sale pot fi influenţate şi chiar produse şi de alţi factori decît cei care cred ei că le produc.

Astfel, unui pacient care credea că dificultăţile sale de deglutiţie sînt simptomul unui cancer laringian i s-a cerut să înghită de mai multe ori la rînd şi să observe efectele. Acesta a constatat cu surpriză că îi venea din ce în ce mai greu să înghită. Această observaţie era importantă pentru că pacientul obişnuia să înghită în sec de multe ori pentru a verifica starea gîtului său.

Un alt pacient considera că senzaţia de ameţeală pe care o avea era simptomul unei tumori cerebrale. În momentul în care i s-a cerut să se concentreze asupra zonei capului şi să se gîndească la tumoră, senzaţia de ameţeală s-a accentuat. Discutînd cu terapeutul, pacientul şi-a amintit faptul că în mod frecvent gîndul la tumoră îi provoca simptomele. Terapeutul l-a întrebat ce concluzie trage din această observaţie, iar pacientul a răspuns că i se pare puţin probabil că numai gîndul la tumoră poate înrăutăţi starea şi că mai curînd simptomele erau reacţia sa la starea de anxietate.

3. Modificarea comportamentului.

Majoritatea comportamentelor pacienţilor cu tulburări somatoforme sau hipocondriace au un scop preventiv şi sînt

relativ dificil de modificat fără să se modifice convingerile care stau la baza acestora.

Terapeutul împreună cu pacientul:

- testează convingerea conform căreia un anumit tip de comportament îi apără de consecinţele bolii;
- efectuează experimente pentru a verifica dacă acele comportamente despre care pacientul crede că reduc simptomele chiar realizează acest lucru.

De pildă, o pacientă cu colon iritabil se simţea anxioasă ori de cîte ori avea o senzaţie de balonare în zona abdominală. Ea utiliza frecvent laxative şi supozitoare pentru a scăpa de aceste senzaţii. Terapeutul a emis ipoteza că aceste medicamente perturbau funcţionarea normală a intestinului şi creşteau sensibilitatea în zona respectivă. Pacienta a fost de acord să renunţe la supozitoare şi laxative timp de 3 săptămîni, monitorizînd funcţionarea intestinului. Ea a constatat că avea mai puţine balonări şi a reuşit să discrimineze mai corect senzaţia de defecare.

În multe cazuri, comportamentele de evitare menţin preocuparea pacientului pentru boală, oprind accesul pacientului la informaţii care contrazic interpretarea negativă a simptomelor.

Astfel, o pacientă cu dureri cronice a fost obligată să utilizeze un scaun cu rotile pentru că şi-a restrîns activitatea fizică rămînînd în pat atunci cînd durerile erau puternice. Cînd a început un program de exerciţii fizice, ea a rămas mirată să constate că nu s-a produs nici o deteriorare a stării sale.

4. Clarificarea efectului negativ al asigurărilor.

La pacienţii cu anxietate în legătură cu starea de sănătate apar o serie de comportamente care seamănă cu verificările obsesive. Aceste comportamente de reasigurare focalizează atenţia pacienţilor asupra grijilor lor, reducînd anxietatea pe termen scurt, dar crescînd preocupările patologice pe termen lung (Salkovskis şi Warwick, 1985, 1986). Astfel

de comportamente implică solicitare de analize, examinări medicale sau discuţii în detaliu despre simptome. La aceşti pacienţi asigurarea personalului medical devine repede neproductivă pentru că ei culeg informaţiile în mod selectiv şi interpretează greşit chiar asigurările. De exemplu, unui pacient cu dureri de cap medicul i-a spus: „durerile tale de cap sînt probabil cauzate de tensiune. Dacă persistă, vom face o radiografie la cap". Pacientul a interpretat afirmaţia medicului ca fiind un semn că acesta ar crede că pacientul suferă de o tumoră cerebrală. Deci, încercările repetate de a-i dovedi pacientului că nu este bolnav, chiar dacă sînt bazate pe teste medicale sau pe persuasiune verbală, nu fac decît să-i sporească anxietatea. În astfel de situaţii terapeutul trebuie să-i explice clar pacientului rolul în menţinerea simptomului al acestei goane după asigurări că nu este bolnav. În acelaşi timp, terapeutul trebuie să evite discuţiile neproductive cu privire la boală pe care tinde să le iniţieze pacientul.

Exemplu:

T: Chiar crezi că ai nevoie de aceste asigurări?
P: M-ar face să mă simt mai bine.
T: Cît de mult trebuie să te asigur că nu eşti bolnav ca să-ţi ajungă pînă la sfîrşitul anului?
P: Pînă la sfîrşitul anului?
T: Ai primit pînă acum mii de asigurări. Crezi că încă trei ore în care să te asigur că nu eşti bolnav îţi vor ajunge pentru tot restul anului?
P: Probabil pentru restul zilei!
T: Deci, oricîte asigurări ai primi, tot nu-ţi ajung?
P: Nu, cu cît primesc mai multe, cu atît vreau mai multe!
T: Atunci mai crezi că asigurările mele sînt un tratament eficient sau ar fi mai bine să trecem la altceva?

Rudele sau prietenii apropiaţi sînt solicitaţi de terapeut să nu furnizeze asigurări pacientului.

5. Alte tehnici de control al anxietăţii, cum ar fi, de pildă, relaxarea sau amînarea trăirii anxioase (Borkovec, Robinson, Pruzinski şi De Poll, 1983).

Tehnica amînării anxietăţii constă în următoarele:

„Ei bine, nu îţi voi cere să nu-ţi faci griji în legătură cu sănătatea ta, pentru că oricum ţi le vei face. Îţi voi cere doar să amîni perioada cînd trăieşti frica. Cînd observi că eşti îngrijorat, notează motivele îngrijorării într-un caiet. Apoi îţi stabileşti cîte o jumătate de oră sau o oră în fiecare seară cînd îţi propui să simţi teama".

Indicaţii psihoterapeutice pentru diverse tipuri de afecţiuni psihosomatice şi somatoforme

1. *Cefalee*

Se recomandă o combinaţie de tehnici cognitive de modificare a comportamentului şi relaxare (Philips, 1988). Studiile clinice au arătat că aproximativ 40% din pacienţi obţin o ameliorare pe termen lung a durerilor de cap dacă renunţă la medicaţia analgezică.

2. *Insomnia*

Pacienţii cu dificultăţi de somn se află într-un cerc vicios, în cadrul căruia îngrijorarea produce insomnie, iar insomnia conduce, la rîndul ei, la o nouă îngrijorare, care produce din nou insomnie.

Pentru ca psihoterapia să aibă succes, este necesar:

a) să se optimizeze condiţiile care fac să se instaleze somnul

b) să se reducă preocuparea (cu îngrijorare) pentru alte evenimente decît tulburarea de somn

c) să se reducă îngrijorarea în legătură cu tulburarea de somn

d) trebuie înlăturată concepţia eronată că este obligatoriu pentru toţi indivizii să doarmă 8 ore

e) modificarea stilului de viaţă şi a regimului alimentar (trebuie eliminate mai ales alcoolul şi cafeaua)

f) evitarea somnului de după amiază

g) instalarea unui model regulat somn-veghe

h) strategii cognitive: modificarea gîndurilor negative referitoare la tulburarea de somn.

Astfel, de exemplu, un pacient era convins de faptul că dacă va fi deprivat de somn el va muri de oboseală. Acestui pacient i s-au descris experimentele de deprivare de somn în aşa fel încît să ajungă la concluzia că acestea nu sînt chiar atît de periculoase. Pacientul s-a amuzat cînd a aflat că subiecţii cu care se încerca deprivarea de somn (sunete, spoturi luminoase) au sfîrşit prin a adormi. Acest pacient a fost instruit să scrie pe faţa unei cartele „Lipsa de somn mă va ucide!", iar pe cealaltă faţă: „Lipsa de somn mă va face pînă la urmă să adorm!"

O contabilă nutrea ideea că lipsa de somn o va face să greşească la calcule. Cu ea s-a făcut următorul experiment: a fost solicitată să realizeze nişte calcule după o noapte cînd a dormit bine şi după o noapte de insomnie şi nu a constatat nici o diferenţă. Ţinînd un jurnal în care să-şi noteze fluctuaţiile de dispoziţie şi erorile de calcul, ea a constatat că lipsa somnului îi afectează dispoziţia, dar nu şi performanţa.

i) Relaxare. Aceasta trebuie să cuprindă în mod special imagini mentale cu caracter ritmic.

j) Formarea unor deprinderi de condiţionare a somnului (controlul stimulilor declanşatori ai somnului). Astfel, dacă utilizăm dormitorul pentru a lucra, ne va veni mai greu să adormim. Dimpotrivă, trebuie realizată o asociere între somn, pat, dormitor.

Se recomandă identificarea activităţilor care înlătură somnul: lectură, mîncat, privit la TV, îngrijorare referitoare la diverse probleme. Cu excepţia somnului şi a relaţiilor sexuale, toate activităţile vor fi excluse din dormitor. Este indicată, de asemenea, respectarea aceleiaşi ore de culcare.

„Dacă constaţi că te frămîntă grijile atunci cînd te aşezi în pat, ridică-te, mergi în altă cameră unde te poţi gîndi la problemele tale. Rămîi acolo pînă ţi se face somn".

k) Tehnica psihoterapiei prin intervenţie paradoxală. Această tehnică se recomandă mai ales pacienţilor rezistenţi la tratament.

Instructajul administrat sună în felul următor:

„Cînd te aşezi în pat încearcă să notezi gîndurile care îţi vin în minte. Fă toate eforturile ca să nu adormi. Chiar dacă nu vei dormi toată noaptea, aceasta îţi va fi de folos în viitor".

În cazul în care pacienţii vin la psihoterapeut cu speranţa că vor obţine un autocontrol total asupra problemei, acesta trebuie să-i determine să aibă obiective mai realiste. Dimpotrivă, dacă pacienţii sînt totalmente lipsiţi de speranţă în legătură cu o posibilă schimbare, trebuie să li se spună că micile modificări realizate le vor fi utile în viaţa de zi cu zi şi în acelaşi timp trebuie să se sublinieze şi faptul că pacientul nu are nimic de pierdut dacă se angajează într-un mic experiment, în cadrul căruia îşi propune un scop limitat (de pildă, să nu se mai simtă deprimat atunci cînd are ameţeli).

O problemă importantă este legată de atitudinea celorlalţi medici care, nu de puţine ori, sabotează, cu sau fără voie, psihoterapia.

Efectele psihoterapiei la această categorie de pacienţi sînt:

- ameliorare pe termen lung;
- obţinerea unor modificări de mică amploare, dar care sînt utile pacientului;
- stoparea deteriorărilor;
- ajutarea pacienţilor să ducă o existenţă aproape normală, în ciuda problemei pe care o au;
- reducerea stărilor afective negative asociate simptomului (anxietate, depresie, demoralizare).

Indicaţii psihoterapeutice speciale pentru diverse afecţiuni psihosomatice sau somatoforme (după Salkovskis, 1989)

1. Hipertensiunea:
   - tensiunea arterială trebuie periodic măsurată;

- este eficientă utilizarea relaxării, combinată cu meditaţie şi procedee bazate pe bio-feedback (Patel, Marmot şi Terry, 1981; Johnston, 1984; Leenan şi Haynes, 1986).

2. Ticuri şi spasme musculare:

- utilizarea practicii pozitive, în cadrul căreia se cere subiectului să repete voluntar contractura musculară pe perioade bine determinate (Bird, Cataldo şi Parker, 1981).

3. Astmul bronşic

Pacienţii sînt adesea cuprinşi de panică chiar şi atunci cînd căile respiratorii nu sînt obstruate. Atacurile de panică se termină de obicei cu un atac de astm şi invers. Este necesară tratarea atacului de panică. Automonitorizarea şi experimentele în sfera comportamentală sînt utile pentru a-l învăţa pe pacient să realizeze discriminarea dintre un atac anxios şi un atac de astm propriu-zis.

Se utilizează strategii de management al anxietăţii şi strategii de expunere pentru a stopa atacurile şi a creşte toleranţa la stres a pacientului (Creer, 1982; Johnston, 1984).

Se pot utiliza cu succes tehnici de relaxare şi hipnoza.

4. Afecţiuni dermatologice

Principala intervenţie utilizată în eczeme este reducerea scărpinatului, care are loc cu un grad minimal de conştientizare. Se explică pacientului faptul că scărpinatul produce o uşurare pentru moment, dar înrăutăţeşte problema în viitor. Automonitorizarea creşte gradul de conştientizare a tendinţei subiectului de a se scărpina. Se propun comportamente alternative în locul scărpinatului, cum ar fi, de pildă, lovirea uşoară a zonei afectate (Risch şi Ferguson, 1981; Melin, Friedericksen, Noren şi Swebelius, 1986). Se utilizează cu succes şi tehnica hipnotică.

5. Tulburări vestibulare

În cazurile de ameţeală cronică sînt indicate exerciţii gradate de mişcare a corpului, precum şi alte tipuri de mişcări care provoacă senzaţia de ameţeală (metoda expunerii).

În tinnitus se utilizează relaxarea şi intervenţia cognitivă, menite să-i ajute pe pacienţi să realizeze o interpretare mai realistă a simptomelor lor (Hallam şi Stephens, 1985; Beyts, 1987).

6. Durerile cronice

Reducerea comportamentelor de evitare reprezintă o componentă importantă a tratamentului. De asemenea, se recomandă prescrierea unor exerciţii fizice.

Obiectivul *explicit* al psihoterapiei constă în producerea unor modificări graduale în viaţa pacienţilor, modificări care să reducă nivelul handicapului comportamental şi pe cel al anxietăţii. Dacă se obţine şi o reducere a durerii ca atare, acesta este un cîştig suplimentar. Indicarea unor exerciţii fizice creşte şi pragul de toleranţă la durere (Weisenberg, 1987; Philips, 1988).

Aşa cum am mai sublinat, este utilă învăţarea relaxării şi a autohipnozei.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITARA

Capitolul 11

Elemente de psihoterapie utilizate la pacienţii cu afecţiuni psihiatrice cronice

Abordarea comportamentală a unor pacienţi cu handicap psihiatric s-a dezvoltat în ultimii 20 de ani (Hull, 1989). Ayllon şi Arrin (1968) au descris o gamă largă de regimuri de tratament, în cadrul cărora se utilizau un fel de bonuri-recompensă pentru a întări comportamentele adaptative.

Utilizarea mai recentă a medicaţiei neuroleptice „depo" a redus problema noncomplianţei acestei categorii de pacienţi la medicaţia psihiatrică orală şi la psihoterapie.

Psihoterapia cu aceşti pacienţi are loc în cadru oganizat (spital, sanatoriu), ei nefiind capabili să achiziţioneze o gamă largă de abilităţi sociale şi funcţionale care să le asigure o existenţă independentă. Aceştia sînt pacienţi vechi, cu numeroase internări, care devin un fel de locuitori ai spitalului, avînd internări de peste 20-30 de ani.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală se poate aplica şi la pacienţi tineri, care nu au urmat o spitalizare continuă pe mai mult de trei luni, dar care sînt deterioraţi social, prezintă idei delirante active şi din cînd în cînd sînt violenţi.

Între aceste două categorii extreme se înscriu şi pacienţii psihiatrici care urmează tratament spitalizat sau/şi ambulator şi ale căror contacte sociale variază de la cele normale la izolare socială extremă.

Schizofrenia reprezintă entitatea nozografică (boala) cel mai des întîlnită. Se mai întîlnesc pacienţi cu tulburări severe de personalitate (adesea cu acte de delincvenţă la activ), deficienţi mintal şi subiecţi cu afecţiuni neurologice degenerative.

În afară de simptomatologia specifică fiecărei afecţiuni, aceşti pacienţi prezintă şi ceea ce autorii numesc „deficienţe comportamentale", cum ar fi lipsa de igienă personală sau excese în plan comportamental: strigăte excesive, comportament destructiv etc.

Wing (1975) considera că aceşti pacienţi prezintă următoarele niveluri de handicap:

1) handicap primar, care rezultă din tulburarea psihiatrică;
2) handicapul premorbid se referă la problemele care existau înainte de debutul afecţiunii psihiatrice. Astfel, schizofreniciî cronici au un nivel educaţional mai scăzut, o stabilitate ocupaţională mai redusă şi o stabilitate socială, de asemenea, mai scăzută, chiar înainte ca simptomatologia psihiatrică să devină manifestă. Aceşti factori sînt importanţi pentru că ei indică nivelul şi obiectivul fnal al terapiei comportamentale;
3) handicapul secundar rezultă în urma experienţelor legate de boală. Datorită faptului că bolnavii cronici au fost pînă nu de mult spitalizaţi aproape permanent, este dificil de distins handicapul secundar de efectele spitalizării.
4) handicapul de iatrogenizare.

Administrarea pe termen lung a medicaţiei psihiatrice poate avea efecte secundare, cum ar fi, de pildă, dischinezia tardivă, care poate fi ireversibilă.

Un element important în tratamentul psihoterapeutic comportamental al pacienţilor cronici îl reprezintă creşterea nivelului activităţii şi stimularea. Substimularea tinde să sporească apatia şi retragerea socială a acestor pacienţi. În acelaşi timp, este foarte important să se evite şi suprastimularea.

Un alt factor important îl reprezintă comunicarea dintre pacienţi, cît şi dintre pacienţi şi cei care au grijă de ei (personalul medical). De asemenea, este benefică utilizarea unor modificări în mediu, cît şi stimularea, în măsura în care acest lucru este posibil, a responsabilităţii pacienţilor. Pacienţilor trebuie să li se acorde doar un ajutor şi o asistenţă minimală în acele zone ale existenţei lor unde aceasta este absolut necesară.

Creşterea motivaţiei pacienţilor pentru psihoterapie este absolut necesară pentru ca aceştia să se implice în atingerea obiectivelor terapeutice. Cunoaşterea motivaţiei posibile a pacienţilor psihiatrici se poate realiza interogîndu-i pe aceştia în ce zone ale existenţei lor ar dori o îmbunătăţire, cerîndu-le să aranjeze, în ordinea importanţei pe care o au pentru ei, mai multe obiective posibile ale psihoterapiei.

Absenţa motivaţiei la aceşti pacienţi înseamnă că o altă persoană trebuie să-şi asume responsabilitatea vieţii lor de zi cu zi. Această persoană poate fi o rudă, o asistentă medicală sau poate fi vorba de un grup de persoane din cadrul personalului medical. În aceste situaţii, psihologul sau psihiatrul care realizează psihoterapia cognitiv-comportamentală va avea ca sarcină suplimentară antrenarea acestor persoane care au grijă de pacienţi.

Evaluarea

Este în mare măsură asemănătoare cu cea realizată cu debilii mintal sau cu persoanele vîrstnice cu deteriorări cognitive.

Evaluarea trebuie să aibă în vedere:

- abilităţile restante (reziduale);
- deficitele;
- deviaţiile:
  - excesele în sfera comportamentală;
  - bizareriile comportamentale.

Se utilizează atît scalele de evaluare, interviurile structurate, cît şi observarea directă a comportamentului pacienţilor în timpul unei zile. La această categorie de pacienţi rata comportamentelor va fi scăzută, iar acestea vor fi relativ simple. Din acest motiv, o singură persoană poate urmări 5-6 pacienţi.

Informaţiile care trebuie culese înainte de începerea tratamentului (Hull, 1989)

1. Evaluarea tuturor pacienţilor cu ajutorul unor scale standard de apreciere a comportamentului, cît şi a unor scale de evaluare a simptomelor psihiatrice.

2. Obţinerea unor informaţii de bază cu privire la pacient (de la pacientul însuşi, corpul medical şi, eventual, de la rude: vîrstă, sex, starea fizică şi medicală, activităţile sale zilnice, interacţiunile sociale cu alţi pacienţi).

3. Aprecierea dacă încadrarea pacienţilor într-un grup este adecvată şi dacă, de pildă, un pacient este prea fragil sau prea perturbat pentru a fi încadrat în grup.

4. Identificarea unor probleme sau deficite comune care pot fi modificate prin intermediul psihoterapiei (de exemplu: interese comune la mai mulţi pacienţi).

5. Evaluarea unor instrumente de evaluare pentru fiecare problemă identificată, ca de pildă evaluarea utilizării pozitive a timpului liber sau utilizarea unei liste care să surprindă etapele progresului în cadrul deprinderilor de igienă.

6. Selectarea iniţială a problemelor comune pentru mai mulţi pacienţi, în cazul cărora ameliorarea este importantă pentru pacienţi, corpul medical sau familie.

Pe cît posibil, pacienţii trebuie intervievaţi, dar ţinînd seama de toleranţa scăzută a pacienţilor cronici la întrebări intrusive este important ca acestora să li se adreseze relativ

puţine întrebări, iar durata interviului să fie limitată. Datorită prezenţei tulburărilor de gîndire, întrebările trebuie să fie cît mai directe, să nu includă adjective şi să nu fie exprimate în fraze lungi. Uneori este mai uşor să se obţină informaţii de la pacienţi cerîndu-le să răspundă în scris sau să bifeze răspunsul corect pe un formular gata pregătit. Refuzul de a răspunde este frecvent, deşi mulţi din aceşti pacienţi vor accepta să coopereze dacă sînt intervievaţi din nou după o zi sau două.

Deci, interviul iniţial va avea drept obiectiv prioritar cunoaşterea domeniilor principale în care se manifestă tulburările de comportament. Acest lucru ajută la fixarea realistă a scopurilor terapeutice şi la planificarea psihoterapiei.

Tratamentul psihoterapeutic, care are drept obiectiv ameliorarea unor deficite în sfera comportamentală, este, de regulă, mai eficient decît tratamentul îndreptat în direcţia reducerii frecvenţei comportamentelor deviante şi inadecvate. Ţinînd seama de faptul că majoritatea deficitelor se manifestă pe plan social, factorii pozitivi care indică faptul că tratamentul este util sînt abilităţile sociale restante ale pacientului (menţinerea unor contacte cu alţi pacienţi, rude, personal medical).

Prezenţa unor simptome psihiatrice nu reprezintă neapărat o barieră în cadrul psihoterapiei comportamentale, deşi comportamentele violente fac ca psihoterapia să devină dificilă. Alcoolismul cronic reprezintă, de asemenea, un predictor negativ al succesului tratamentului.

În cazul pacienţilor care duc o existenţă ceva mai independentă şi sînt trataţi ambulator este obligatoriu ca aceştia să urmeze tratamentul psihiatric cu regularitate.

Cercetările recente au demonstrat că trimiterea pacientului în familie înainte ca acesta să-şi fi schimbat comportamentul conduce la reacţii de ostilitate, supraimplicare sau la critici din partea membrilor familiei, fapt ce are drept consecinţă creşterea şanselor de recădere.

Psihoterapia pacienţilor cu handicap psihiatric cronic (Hull, 1989)

Pacienţii cu handicapuri moderate pot fi trataţi ambulator, în timp ce pacienţii cu handicapuri severe trebuie să fie instituţionalizaţi (spital, sanatoriu, sanatoriu de zi, locuinţe în cadrul spitalului etc.).

Psihoterapia cognitiv-comportamentală se realizează în grup şi are următoarele obiective:

1. Realizarea unui climat psihoterapeutic pozitiv în grup;
2. Stabilirea unor programe individuale pentru pacienţi.

1. Primul pas în realizarea climatului psihoterapeutic de grup îl reprezintă realizarea unui acord cu personalul de îngrijire în ceea ce priveşte obiectivul terapeutic (sau obiectivele).

Dintre aceste obiective, menţionăm:

a) Personalizarea: se referă la încurajarea iniţiativelor pacienţilor, a rutinelor zilnice unice pentru fiecare pacient, precum şi a dreptului acestora de a poseda bunuri.

b) Cooperarea: se referă mai ales la utilizarea comună a unor materiale şi echipament de lucru sau pentru loisir.

c) Normalizarea. Este un concept dezvoltat de Wolfensberger şi Glenn (1975) şi se referă la faptul că societatea a refuzat pînă acum să acorde acestor pacienţi statutul de membrii egali ai societăţii.

Autorii consideră că dacă pacienţii cu handicap psihiatric vor avea acces la facilităţile sociale normale, ei se vor simţi egali cu ceilalţi oameni şi vor avea tendinţa să achiziţioneze noi modele de comportament.

d) Stabilitatea mediului terapeutic: o componentă a stabilităţii o reprezintă menţinerea, pe cît posibil, a aceluiaşi personal medical. De asemenea, modificările bruşte în mediul

psihoterapeutic trebuie evitate cît mai mult (de exemplu: decizia bruscă de a admite un nou membru în grup).

Un alt element al stabilităţii îl reprezintă comportamentul egal al membrilor echipei medicale (astfel, de pildă, cu un bolnav agresiv trebuie să se procedeze totdeauna în acelaşi mod şi gradat: bolnavul care l-a atacat pe altul este certat, victima şi atacatorul sînt separaţi, se evită agresiunea prin părăsirea încăperii şi în cazuri cu o evoluţie mai bună se poate forţa pacientul să-şi ceară scuze). Reacţia adecvată la atacuri agresive trebuie să fie acceptată de personalul medical.

Stabilitatea se menţine şi prin intermediul respectării unor reguli clare: orele de masă, de culcare, de plimbare etc.

Elaborarea unor programe individuale pentru pacienţi

Cercetările experimentale au demonstrat faptul că metodele comportamentale au efecte favorabile şi asupra unor simptome psihotice (iluzii, halucinaţii etc.).

Dintre aceste tehnici, menţionăm:

- tehnica saturaţiei: prezentarea de mai multe ori a aceluiaşi stimul pînă cînd se obţine de la pacient răspunsul adecvat;
- tehnica distragerii: pacientul este scos din context în momentul în care se manifestă un comportament neadecvat;
- tehnica numită casetele video: se prezintă pacienţilor casete video cu propriul lor comportament.

Nivelul modificărilor în sfera comportamentului care poate fi atins cu pacienţii cronici este foarte diferit de la pacient la pacient.

- Tehnici de modelare

Astfel, de pildă, pentru mutism, fiecare încercare, oricît de rudimentară, de a vorbi este recompensată (cu dulciuri, băuturi nealcoolice).

O variantă a modelării este imitaţia, în cadrul căreia pacientul imită pas cu pas ceea ce face terapeutul. Această tehnică este utilă mai ales cînd nivelul comportamentului este

redus, deşi există riscul ca pacientul să înceapă să imite terapeutul şi în domenii neesenţiale.

• Tehnica autocomenzilor (Meichenbaum şi Cammeron, 1973).

Pacienţii sînt încurajaţi să gîndească cu voce tare şi să-şi administreze autocomenzi: „trebuie să mă exprim corect". Autorii susţin că, în timp, aceste autocomenzi se internalizează.

Exemplu de program referitor la ţinuta vestimentară a pacienţilor (Hull, 1989)

Se realizează o listă pentru o săptămînă, listă în care să fie incluse aspectele ciudate ale vestimentaţiei pacienţilor (de pildă, părul nepieptănat, cămaşa încheiată greşit etc.). Pacienţilor trebuie să li se procure haine potrivite, un spaţiu adecvat unde să le depoziteze şi o oglindă în care să se poată privi. Fiecare comportament satisfăcător se întăreşte imediat verbal sau prin intermediul unor recompense materiale. Pe parcursul zilei, ţinuta pacienţilor trebuie verificată şi comportamentele dezirabile întărite la rîndul lor prin feedback (verbal sau recompense materiale, cum ar fi, de pildă, oferirea unei ţigări).

Un alt model de sarcină terapeutică este ameliorarea comportamentului în timpul mesei. Sarcinile se subdivizează astfel:

- spălatul mîinilor;
- aşezare corectă pe scaun;
- manevrarea corectă a tacîmurilor;
- punerea mesei;
- aducerea hranei cu cărucioarele cu rotile;
- curăţirea mesei etc.

Este important ca pacienţii să primească sarcini diferite, iar aceste sarcini să se rotească pentru a nu se crea

obişnuinţa ca doar unii pacienţi să facă un anumit lucru. Sistemul de recompense cel mai frecvent utilizat este distribuirea unor jetoane sau bonuri care să permită apoi pacienţilor să le schimbe pe produse. Acest sistem se utilizează mai ales cu pacienţii cronici care rămîn spitalizaţi un timp îndelungat.

Se utilizează de asemenea:

- terapia ocupaţională în ateliere de lucru (pacienţii pot cîştiga şi bani pentru ceea ce au lucrat) sau cultivarea unor hobby-uri, cum ar fi:
  - modelaj;
  - pictură;
  - colecţionare de timbre;
  - jocuri: Remi, table etc.;
  - activităţi sportive.

Pentru pacienţii vîrstnici se poate utiliza şi tehnica amintirilor, în cadrul căreia pacienţii sînt încurajaţi să-şi împărtăşească memoriile în funcţie de interese.

Nu se trece la exersarea unui model de comportament superior pînă cînd nu se observă unele modificări stabile în comportamentul asupra căruia s-a lucrat.

S-a constatat (Hall şi alţii, 1977) că atunci cînd se propun pacienţilor prea multe sarcini sau obiective dintr-o dată se poate constata o ameliorare a comportamentului legat de obiectivele propuse, dar o deteriorare a altor comportamente, care nu au reprezentat obiective ţintă. Studiile au arătat că acestor pacienţi nu trebuie să li se propună mai mult de 3-4 obiective în acelaşi timp.

Pentru pacienţii cronici, dar cu un grad mai puţin sever al bolii, se poate utiliza terapia comportamentală în locuinţe special amenajate, unde sînt cazaţi pînă la 14 bolnavi. Aceştia au un grad de autonomie mai mare, iar de programul lor răspunde un psiholog sau un psihiatru (Wykes, 1982; Garety şi Morris, 1984).

Model de informaţii pe care trebuie să le primească familia unui pacient psihotic (schizofren) care este tratat în familie (Smith şi Birchwood, 1987)

Secţiunea 1

Descrierea pe scurt a conceptului de schizofrenie: cauze, evoluţie, simptome, prognostic. Se dau explicaţii simple cu privire la posibilii factori cauzali: genetici, biochimici etc., subliniindu-se faptul că aceste cauze nu sînt pe deplin cunoscute. Se evidenţiază, de asemenea, rolul factorilor stresanţi din mediu (inclusiv cei legaţi de relaţiile de familie) care influenţează evoluţia bolii. Familia este asigurată de faptul că nu este vinovată de producerea bolii, în schimb este accentuat rolul acesteia în procesul recuperării pacienţilor. Se dă un prognostic rezervat, dar optimist.

Secţiunea 2

Sfaturi pentru membrii familiei:

Urmăriţi-vă programele şi nevoile proprii; continuaţi să vă comportaţi ca de obicei şi atunci cînd pacientul e prezent. Nu vă centraţi viaţa în jurul pacientului. Nu vă temeţi să-i acordaţi pacientului unele responsabilităţi casnice, dar evitaţi să-l supraîncărcaţi imediat după ce a ieşit din spital. Căutaţi să realizaţi acţiuni comune cu pacientul, acţiuni care sînt agreabile pentru întreaga familie (de exemplu, o excursie). Discutaţi problemele care vă apasă cu prietenii. Aşteptaţi-vă şi la perioade în care lucrurile vor merge prost (pacientul are recăderi) şi obişnuiţi-vă cu ideea că vă veţi simţi din cînd în cînd presaţi, frustraţi, nefericiţi.

Primul pas în demararea unor programe de psihoterapie pentru pacienţii psihotici cronici este să convingem personalul de îngrijire că *schimbarea*, chiar şi parţială, nu este imposibilă.

Capitolul 12

Psihoterapia în probleme de cuplu marital

Karen Schmaling, A.E. Frunzetti, N.S. Jacobson (1989) arată că abordarea terapeutică comportamentală în probleme de familie s-a dezvoltat mai serios începînd cu anii '69-'70 (Stuart, 1969, Hops, 1972), specialiştii ocupîndu-se de problematica schimbărilor sociale şi a contractelor interpersonale. Ulterior au început să fie abordate probleme ca:

- ameliorarea comunicării;
- rezolvarea unor probleme comportamentale care să facă plăcere partenerului;
- dificultăţi sexuale;
- restructurarea modelelor distorsionate de gînduri ale partenerilor;
- abordarea conflictelor care tind să destructureze cuplul;
- modificarea într-o măsură mai mare a comportamentelor care conduc la discordia în familie.

Deoarece primele abordări terapeutice defineau satisfacţia maritală ca reprezentînd preponderenţa unor interacţiuni pozitive între soţi, intervenţiile în plan comportamental urmăreau să înlocuiască interacţiunile negative cu unele pozitive pe baza identificării şi întăririi acestora din urmă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală consideră că interacţiunile din cadrul cuplurilor care nu se înţeleg s-ar afla sub influenţa „controlului aversiv" (se observă influenţa teoriei lui Skinner), adică aceste interacţiuni sînt controlate prin intermediul sancţiunilor sau prin intermediul ameninţărilor cu privire la consecinţe negative posibile.

Intervenţia terapeutică are menirea să deplaseze accentul de la controlul aversiv la cel pozitiv, soţii comportîndu-se în aşa fel încît să-şi dea satisfacţie unul altuia.

Teoria învăţării sociale a lui Bandura (1977) a contribuit la o mai bună înţelegere a proceselor cognitiv-perceptive care au importanţă în cadrul lucrului cu cuplurile aflate în conflict. Clinicianul trebuie să evidenţieze şi *atribuirile* pe care soţii le realizează în raport cu propriul comportament şi cu cel al partenerului.

Atribuirile reprezintă credinţele pe care le au soţii în legătură cu cauzele comportamentelor lor. Terapeutul trebuie să evidenţieze şi modul în care fiecare soţ interpretează impactul propriului comportament sau al comportamentului partenerului (*stilul cognitiv*). Un terapeut abil trebuie să-şi focalizeze intervenţia pentru a modifica *stilurile atribuţional şi cognitiv*.

Cuplurile sau indivizii solicită terapie maritală pentru o gamă largă de probleme, cum ar fi:

- certuri grave şi frecvente;
- probleme pe care nu le pot rezolva;
- nepotriviri sexuale;
- o insatisfacţie vagă şi nespecifică în ceea ce priveşte relaţia din cadrul cuplului;
- senzaţia că sînt prinşi într-un fel de capcană.

Uneori, o relaţie extraconjugală sau o schimbare majoră în viaţă contribuie la decizia de solicitare a terapiei de familie. Problemele maritale pot reprezenta şi motivul prin care unul sau ambii parteneri solicită psihoterapie individuală. Adesea, în astfel de cazuri soţul refuză să-şi acom-

panieze partenera la psihoterapie. Se întîmplă şi ca problemele de familie să nu fie identificate ca atare, aceasta fiind cauza dificultăţilor curente ale persoanei. Probleme maritale pot fi depistate şi cînd persoana se adresează terapeutului pentru depresie, anxietate sau acuze somatoforme.

Cauzele conflictelor maritale
în viziunea cognitiv-comportamentală

Cuplurile care nu se înţeleg au puţine interacţiuni care oferă satisfacţie şi multe interacţiuni negative, caracterizate prin supărare, blamare şi pedepsire. Interacţiunile din cadrul cuplurilor care nu se înţeleg se caracterizează frecvent prin *comportamente negative reciproce*: dacă un partener reacţionează negativ, partenerul este înclinat să-i răspundă în acelaşi mod şi se produce un lanţ de interacţiuni negative (Gottman, 1979). Componentele conflictului reprezintă expectaţiile negative ale unui soţ faţă de celălalt, precum şi comportamentele negative reciproce (escaladarea criticii). Cuplurile care nu se înţeleg sînt excesiv de reactive la evenimentele pozitive sau negative care se produc, avînd o influenţă puternică asupra modului în care cuplul evaluează relaţia la un moment dat (Jacobson, Follette şi McDonald, 1982). Cuplurile care se înţeleg sînt mai puţin afectate de variaţiile relaţiilor de la un moment la altul.

Această reactivitate crescută sporeşte şansele neînţelegerii şi ale slabei comunicări (astfel, de exemplu, unul dintre soţi se aşteaptă ca o întrebare neutră, verificatoare, dacă a îndeplinit sau nu o îndatorire casnică, să fie, de fapt, o întrebare care să implice o critică). Pentru că soţii s-au obişnuit să se simtă atacaţi, ei nici nu mai ascultă cu atenţie ceea ce li se spune, în schimb pregătesc contraatacul.

O altă caracteristică a relaţiilor conjugale perturbate constă şi din incapacitatea de a rezolva un conflict. Lipsa

abilităţilor de a soluţiona conflictele lasă un număr mare de astfel de cazuri nerezolvate în istoria cuplului, fapt ce contribuie la expectaţiile negative cu privire la posibile conflicte viitoare, cît şi la o mai slabă angajare constructivă în rezolvarea problemelor cuplului.

Permanentizarea procesului de destructurare (eroziune) a cuplului apare atunci cînd partenerii au pierdut satisfacţia care a fost cîndva prezentă în cadrul relaţiei lor. Acest proces poate fi atribuit habituării comportamentele, în sensul că acele comportamente care produceau cîndva satisfacţie şi-au pierdut din importanţă. Partenerii încetează să-şi mai aprecieze eforturile reciproce, le consideră de la sine înţelese sau pot avea noi trebuinţe, pe care partenerii lor nu au învăţat încă să le satisfacă. În acelaşi timp, unul sau ambii parteneri au încetat să facă acele mici lucruri plăcute menite să consolideze relaţia dintre ei.

Toţi factorii menţionaţi mai sus pot fi integraţi într-un model destructiv de comportament, care implică neglijare, critică, certuri, expectaţii şi convingeri negative cu privire la partener şi la relaţia în sine.

Evaluarea

Terapia începe, de regulă, cu 2-3 şedinţe de evaluare, cu excepţia situaţiei cînd este vorba de o criză familială acută. Scopul evaluării constă în a stabili măsura în care cuplul se potriveşte pentru psihoterapie familială, cît şi pentru a evidenţia care este problema cuplului. Partenerilor li se atrage atenţia asupra faptului că în perioada evaluării nu se vor obţine modificări în funcţionarea cuplului. Interviul iniţial trebuie focalizat direct pe problema cuplului. Se adresează întrebări de genul: „Ce anume v-a determinat să vă adresaţi psihoterapeutului?“

Terapeutul trebuie să acorde ambilor parteneri timp suficient pentru a-şi expune problema. Dacă unul din parteneri are tendinţa de a-l întrerupe pe celălalt, acest comportament trebuie notat, deoarece este semnificativ, dar trebuie, în acelaşi timp, stopat imediat. Important este şi momentul din care cuplul a observat că există o problemă, ce anume s-a întreprins pentru a o depăşi (inclusiv alte tentative de psihoterapie), ce anume a dat rezultate şi ce nu a dat. Dacă cei doi parteneri au urmat o psihoterapie care nu a dat rezultate, terapeutul trebuie să aibă grijă să nu mai utilizeze aceleaşi metode, pentru a nu-şi pierde credibilitatea.

Terapeutul trebuie să-i ajute pe clienţii săi să-şi exprime problema în termeni comportamentali. De exemplu: „El nu-mi dă nici o atenţie!" este o exprimare vagă. Terapeutul trebuie să întrebe „Ce înseamnă pentru tine a-ţi da atenţie? Dă-mi exemple de ceea ce trebuie să facă el pentru ca tu să spui că îţi dă atenţie".

Este foarte important ca terapeutul să afle cine a iniţiat psihoterapia, cum apreciază fiecare partener faptul că urmează o psihoterapie şi care sînt expectaţiile fiecărui membru al cuplului în raport cu terapia. În cazul în care ambii parteneri doresc să participe la psihoterapie, terapeutul poate încerca terapia aşteptîndu-se la participarea activă a membrilor cuplului. Dacă unul sau ambii soţi sînt reticenţi în legătură cu expectaţiile şi dorinţa de a participa la psihoterapie, în cursul celei de-a treia şedinţe de evaluare se va lua decizia dacă cuplul este potrivit pentru psihoterapie.

Terapeutul trebuie să se informeze în detaliu şi în legătură cu istoria relaţională a cuplului: cum s-au întîlnit, ce i-a atras unul la altul, ce lucruri pozitive au trăit împreună şi cum au luat decizia să se căsătorească. Aici terapeutul trebuie să deplaseze accentul pe aspectele pozitive din cadrul istoriei cuplului, pentru că atunci cînd se prezintă la terapie, partenerii sînt centraţi excesiv pe aspectele negative ale relaţiilor.

În acelaşi timp, terapeutul trebuie să solicite soţilor să rămînă împreună în timpul terapiei şi nici unul să nu se angajeze, în perioada respectivă, în relaţii extraconjugale.

Interviurile individuale

După şedinţa iniţială cu ambii parteneri, se acordă cîte o şedinţă individuală, de circa 30-45 de minute, pentru fiecare membru al cuplului. Fiecăruia i se pot adresa şi întrebări mai directe, cum ar fi, de pidă:

„Îţi iubeşti soţul (soţia)?"; „Îţi place partenerul tău?"

„Dacă ai avea o baghetă magică şi ai putea să-ţi faci căsnicia ideală, cum ar arăta aceasta?"

Şedinţele individuale au şi rolul de a-l informa pe terapeut în legătură cu eventualele contraindicaţii pentru terapia de familie, cum ar fi relaţii sexuale extraconjugale sau dorinţa de a divorţa. Interviul individual trebuie să exploreze şi următoarele aspecte:

– dacă a fost urmată psihoterapia individuală;

– dificultăţile sexuale;

– abuzurile fizice şi sexuale cînd pacientul era copil;

– istoria şi particularităţile relaţiilor semnificative din trecut;

– informaţii relevante despre familia de origine (relaţiile pacientului cu familia sa, relaţiile dintre părinţi, modelele de conflict în familia de origine, exprimarea emoţională în familia de origine).

În final, este important ca terapeutul să întrebe dacă ceva din cele discutate trebuie ţinut secret faţă de celălalt partener.

Psihoterapia maritală nu este indicată cînd:

- unul dintre parteneri (sau ambii) doresc divorţul;
- cînd există o istorie bazată pe reacţii instabile datorate tulburărilor de personalitate ale unuia sau ambilor parteneri ai cuplului;

- cînd unul din membrii cuplului maltratează fizic pe celălalt, mai ales în cazul alcoolismului şi toxicomaniei.

Interviul nr. 3 sau „masa rotundă" urmează interviurilor iniţiale. Terapeutul prezintă punctele „tari" şi „slabe" ale cuplului, propune un plan de psihoterapie şi îşi exprimă eventualele îndoieli în legătură cu posibilităţile cuplului de a lucra asupra problemei sale. Se apreciază şi numărul estimativ de şedinţe de psihoterapie necesare.

Dacă terapeutul şi pacienţii cad de acord să lucreze împreună, terapeutul trebuie să sublinieze responsabilitatea cuplului în cadrul procesului de schimbare. Partenerii trebuie să facă eforturi de a se schimba atît în timpul şedinţelor de psihoterapie, cît şi al sarcinilor pentru acasă.

Structura psihoterapiei (Schmaling, Frunzetti şi Jacobson, 1989)

Este indicat să se realizeze o şedinţă de psihoterapie de 90 de minute, o dată pe săptămînă, şedinţă ce cuprinde următoarele secvenţe:

- enunţarea tematicii şedinţei (5 minute);
- evaluarea progreselor terapiei (10 minute);
- discutarea temelor pentru acasă (15 minute);
- introducerea unor noi deprinderi de comportament (45 minute);
- teme pentru acasă pînă la şedinţa viitoare.

Progresul în domeniul psihoterapiei se poate evalua cerînd membrilor cuplului să aprecieze pe o scală gradată de la 1 la 10 nivelul de satisfacţie al relaţiei interpersonale în următoarele domenii:

1. Consideraţia
2. Afecţiunea

3. Respondabilităţile casnice
4. Îngrijirea copiilor
5. Activităţile sociale
6. Banii
7. Relaţiile sexuale
8. Activităţile profesionale (învăţătură)
9. Independenţa persoanlă
10. Independenţa partenerului
11. Apreciere globală:
    - căsătoria ta;
    - tu însuţi.

Acest gen de scale se completează atît în cazul temelor pentru acasă, cît şi în timpul unei şedinţe de psihoterapie. În cazul în care la problemele abordate în cursul terapiei nu se obţin ameliorări, terapeutul şi pacienţii trebuie să afle cauza şi să acţioneze asupra ei.

Din cînd în cînd, terapeutul trebuie să testeze „pulsul" terapiei şi atitudinilor partenerilor unul faţă de celălalt, prin întrebări frontale:

„Ce simţi în legătură cu ceea ce am făcut în timpul terapiei?"

„Cum s-au modificat sentimentele tale faţă de partener sau faţă de situaţia de a te fi căsătorit în urma terapiei?"

O metodă indirectă de a evalua progresele terapiei constă din a-i determina pe soţi să-şi reamintească ce anume s-a lucrat în timpul şedinţelor de psihoterapie:

„Care au fost problemele asupra cărora am lucrat în timpul psihoterapiei în ultimele săptămîni şi cum se potriveşte ceea ce am făcut noi cu scopurile tale legate de psihoterapie?"

În felul acesta, terapeutul îi ajută pe parteneri să concretizeze psihoterapia şi să-şi privească relaţia ca pe un proces care evoluează în timp, în contrast cu viziunea statică pe care o au cuplurile perturbate cu privire la relaţia lor (nimic

nu mai este de făcut!). În cazul aprecierii temelor pentru acasă, terapeutul trebuie să pună accent pe laturile pozitive, pe ceea ce a mers bine şi să recompenseze succesul. Dacă sarcina pentru acasă a mers prost, este important să se afle de ce: i s-a acordat prea puţin timp, soţii s-au certat, a fost sarcina inadecvat aleasă (prea dificilă sau prea multe sarcini), nu a fost sarcina suficient înţeleasă etc.?

Dacă este neclar motivul pentru care sarcina pentru acasă nu a mers, o modalitate de a investiga problema este ca terapeutul să-i determine pe parteneri să repete sarcina în timpul şedinţelor de psihoterapie. În cazul în care cuplul nu şi-a făcut tema pentru acasă, este indicat să se amîne şedinţa de psihoterapie.

Caracteristicile terapeutului şi abordării terapeutice

1. *Structurarea*

Terapeutul trebuie să structureze timpul şedinţei de psihoterapie pentru a-şi îndeplini toate obiectivele. Acesta trebuie să controleze desfăşurarea conversaţiei şi să stopeze comportamentele distructive. (De exemplu, unul dintre parteneri poate începe o serie lungă de plîngeri în legătură cu comportamentul partenerului, ceea ce îl face pe celălalt să bată în retragere. În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să intervină cu promptitudine).

2. *Stimularea colaborării dintre parteneri*

Printr-o atitudine suportivă, fermă şi direcţionată, terapeutul trebuie să dezvolte abilitatea cuplului de a-şi modifica comportamentul problematic şi în afara şedinţelor de psihoterapie. Aceasta implică atît stimularea colaborării, cît şi a responsabilităţii partenerilor şi în afara şedinţelor de psihoterapie.

3. *Caracterul educaţional*

Psihoterapia cognitiv-comportamentală maritală are un caracter psihopedagogic, sarcina majoră a terapeutului constînd în a-i învăţa pe clienţi să-şi modeleze noi tipuri de comportament. Feedback-ul reprezintă unul din principiile de bază ale învăţării din timpul psihoterapiei.

4. *Crearea unor expectaţii pozitive*

Este important ca terapeutul să fie optimist şi entuziast în legătură cu progresul posibil, dar în acelaşi timp să fie realist. În cazul în care cuplul a realizat progrese însemnate, este important ca terapeutul să prevadă unele recăderi, pentru a preveni deziluzia clienţilor şi pentru a-şi spori credibilitatea.

5. *Facilitarea exprimării emoţionale*

Este important ca terapeutul să încurajeze reacţiile emoţionale ale partenerilor în timpul terapiei. Aceste exprimări emoţionale trebuie abordate cu înţelegere şi suport afectiv.

6. *Echilibrarea alianţei dintre parteneri*

Nu orice comentariu sau întrebare adresată unuia din parteneri trebuie contrabalansată imediat prin acordarea atenţiei celuilalt partener. Cu toate acestea, intervenţiile asupra unuia sau celuilalt partener trebuie să fie relativ echilibrate. Acest lucru e dificil cînd unul din soţi este agresiv sau manipulativ. Obţinerea echilibrului nu înseamnă că terapeutul trebuie să producă modificări arbitrare la un partener numai pentru a obţine modificări reale la celălalt. De exemplu, dacă ambii soţi lucrează şi doar soţia este responsabilă cu gospodăria şi îngrijirea copiilor şi ambii parteneri cad de acord că acest lucru nu este echitabil, atunci schimbări majore de comportament trebuie să le facă soţul. Rolul soţiei va consta, în acest caz, doar în a recunoaşte şi a recompensa eforturile acestuia.

Tehnicile psihoterapiei
(Schmaling, Frunzetti şi Jacobson, 1989)

Terapia trebuie să debuteze cu reactualizarea unor sentimente calde, prin solicitarea partenerilor să-şi ofere unul altuia lucruri agreabile, pentru a obţine o uşurare de moment în raport cu problemele curente şi pentru a construi o bază pentru intervenţiile viitoare. Urmează acordarea unei atenţii speciale îmbunătăţirii comunicării, aceasta constituind o bază pentru demersul de rezolvare de probleme în comun. Apoi sînt abordate problemele sexuale şi emoţionale ale cuplului, iar ultimele şedinţe de psihoterapie sînt dedicate prevenirii recăderilor şi generalizării achiziţiilor obţinute în timpul terapiei. Se utilizează frecvent în cursul terapiei de cuplu şi tehnici de management al conflictelor.

Schimbările comportamentale

Acestea angajează ambii parteneri în activităţi menite să crească satisfacţia maritală reciprocă. Este vorba de un schimb de comportamente care să facă plăcere fiecărui partener. Acestea sînt comportamente simple, care nu necesită efort şi care pot fi înglobate în rutină zilnică.

Schimbările comportamentale sînt desemnate să inducă modificări pozitive pe termen scurt în modelele de comunicare ale terapiei timpurii, cît şi în viaţa cotidiană, astfel încît să pună bazele lucrului asupra altor probleme de importanţă majoră. Aceste schimbări comportamentale au şi rolul de a contracara atenţia selectivă pe care o acordă membrii cuplului interacţiunilor negative.

Schimbările comportamentale au loc mai mult în afara şedinţelor de psihoterapie decît în timpul acestora. Motivele raţionale care stau la baza acestor schimbări comportamentale sînt discutate cu membrii cuplului. Acestea sînt:

(1) Realizarea unui control asupra fericirii conjugale, mai curînd decît să se lase lucrurile la întîmplare sau ca un partener să aştepte ca celălalt să se modifice.

(2) Învăţarea partenerilor să identifice acele comportamente care fac diferenţa dintre o zi bună şi una proastă şi care conduc la sentimente pozitive în cadrul relaţiei.

(3) Conştientizarea faptului că menţinerea unui mariaj bun necesită o rutină zilnică. Fiecărui membru al cuplului i se adresează întrebări de genul următor: „Ce ai făcut pentru a spori satisfacţia partenerului tău în ceea ce priveşte relaţia voastră?". El este ajutat să identifice acele comportamente care vor avea efecte pozitive asupra partenerului (pot relua comportamente din perioada cînd relaţia lor nu se deteriorase sau pot să-şi imagineze ce ar trebui să facă în cazul în care scopul lor în viaţă ar fi să-i facă plăcere partenerului etc.

Dacă un cuplu are dificultăţi în a identifica respectivele comportamente pozitive, terapeutul îl poate ajuta să realizeze acest lucru prin intermediul unor chestionare. Fiecare partener este solicitat să realizeze o listă care să cuprindă cît mai multe idei în legătură cu ce ar trebui să facă pentru a-şi mulţumi partenerul.

Un cuplu s-a prezentat la psihoterapie deoarece soţia se plîngea de faptul că soţul lucrează prea mult, nu o ajută în gospodărie şi nu-i dă suficientă atenţie. Deşi soţul avea şi el nemulţumiri, a fost realizată o listă preliminară în legătură cu ceea ce ar trebui el să facă pentru a spori satisfacţia soţiei sale:

1. Să-i duc o ceaşcă de cafea la pat înainte de a pleca la serviciu.
2. Să-i aduc un buchet de flori.
3. S-o invit la film.
4. Să o ajut la spălatul rufelor.
5. Să arunc gunoiul.
6. Să spăl maşina.

7. Să o întreb din cînd în cînd cum se simte.
8. Să fac cumpărăturile.
9. Să-mi cer scuze dacă sînt prea preocupat de munca mea.

O dată lista elaborată, li se trasează membrilor cuplului sarcina să realizeze pe rînd unele din acele lucruri. În acelaşi timp, partenerii sînt atenţionaţi să observe eforturile pe care le face celălalt de a-i fi pe plac, aceste eforturi trebuind să fie recunoscute şi recompensate.

Pentru că adesea schimbările comportamentale capătă un caracter automat, li se cere soţilor să spună care anume comportament ar dori ei să fie activat. Adesea, unul din parteneri este convins că a făcut tot ce este posibil pentru a-i face pe plac partenerului, dar acesta nu pare atît de încîntat pe cît ar trebui şi aceasta pentru că primul ignora nevoile şi preferinţele celuilalt. Această dificultate este corectată de terapeut prin încurajarea comunicării şi feedback-urilor dintre parteneri.

În cazul în care partenerii nu-şi îndeplinesc temele pentru acasă, terapeutul trebuie să exploreze motivele care stau la baza acestui fapt. Observarea a ceea ce se întîmplă în timpul schimbărilor comportamentale îi dă terapeutului imaginea clară în ce măsură partenerii doresc cu adevărat să colaboreze pentru menţinerea cuplului.

Intervenţia cognitivă

În cadrul relaţiilor emoţionale perturbate, reacţiile emoţionale ale partenerilor depind de gîndurile lor cu privire la comportamentul partenerilor, de semnificaţia pe care i-o atribuie, mai mult decît de comportamentul în sine. Învăţarea pacientului să reinterpreteze comportamentul partenerului său reprezintă o intervenţie terapeutică puternică, ce poate fi aplicată în orice moment al terapiei.

Terapeutul trebuie să fie permanent în gardă pentru a surprinde modalităţile distorsionate de gîndire ale pacienţilor săi. Acestora trebuie să li se explice faptul că şi în cazul în care presupunerile lor cu privire la comportamentul partenerului sînt parţial adevărate, ei se vor simţi mai bine dacă vor gîndi altfel cu privire la respectivul comportament.

Un exemplu de interpretare eronată a unui comportament este cel în care, în cadrul unui cuplu, soţia considera faptul că soţul se juca cu copilul pe covor după ce venea de la serviciu ca un semn de lene din partea acestuia.

Terapeutul a întrebat-o pe soţie: „Cum ai interpreta şi altfel comportamentul soţului tău, mod de interpretare care te-ar face să nu mai fii atît de furioasă?"

După ce a reflectat puţin, soţia a răspuns: „În ciuda faptului că a lucrat mult la serviciu, el face eforturi să se joace cu copilul în loc să se relaxeze singur".

În cadrul aceluiaşi exemplu, soţul credea că, indiferent ce va face, soţia tot leneş îl va considera, aşa că a încetat să mai facă eforturi în casă. La sugestia terapeutului, ambii parteneri au decis să verifice propriile gînduri negative cu privire la comportamentul partenerului şi să găsească fiecare explicaţii pozitive pentru comportamentul partenerului.

Desigur, nu totdeauna atribuirile negative date comportamentului partenerului sînt incorecte. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să clarifice intenţia care a stat la baza respectivului comportament şi impactul acestuia asupra celuilalt partener. Intenţiile sînt explorate de terapeut prin intermediul dezvoltării unor deprinderi de comunicare prin care sbiectul poate ajunge să-şi înţeleagă mai bine propriul comportament. Cu celălalt partener, terapeutul trebuie să exploreze impactul comportamentului partenerului la două niveluri:

- identificarea gîndurilor pe care le poate avea partenerul cînd se confruntă cu un comportament ambiguu (de exemplu, soţul nu-şi sărută soţia cînd vine de la serviciu. Ea poate presupune că el nu simte dorinţa să o facă).

• identificarea convingerilor care stau la baza gîndurilor negative, disfuncţionale (ea poate gîndi: „lui nici nu-i pasă de mine").

După explorarea gîndurilor şi semnificaţiei lor, terapeutul trebuie să ajute cuplul să strîngă dovezi pentru a verifica validitatea atribuirilor sau gîndurile negative (sînt ele reale sau rodul unei gîndiri distorsionate?). În cazul în care se constată că sînt rezultatul unei gîndiri distorsionate, se explorează posibilitatea elaborării unor convingeri şi gînduri alternative mai raţionale.

Terapeutul cere fiecăruia dintre soţi să-şi monitorizeze în scris gîndurile negative automate cu privire la partener şi să găsească cîte un răspuns raţional pentru fiecare dintre ele. Dacă presupunerile negative sînt adevărate, atunci se indică modificări în sfera comportamentului sau soluţii de compromis. În aceste cazuri, se recurge la metoda rezolvării de probleme.

Antrenarea deprinderilor (abilităţilor de comunicare)

În cuplurile cu probleme se constată un deficit în ceea ce priveşte dezvoltarea deprinderilor de comunicare, atît a celor expresive, cît şi a celor receptive. Partenerii se plîng frecvent de lipsă de înţelegere, lipsă de atenţie, insuficientă ascultare, escaladarea conflictelor şi dificultăţi în rezolvarea problemelor.

Deprinderile de comunicare expresivă se referă la faptul că vorbitorul îşi identifică gîndurile, sentimentele şi dorinţele şi le exprimă clar pentru celălalt (la persoana I, nu prin aluzii): de exemplu, „mă bucur cînd vii de la serviciu şi mă întrebi cum m-am simţit azi").

Deprinderile receptive includ ascultarea nonverbală (contact vizual, aprobare prin gesturi), empatizare, parafrazare şi alte expresii din care să rezulte faptul că subiectul îl ascultă şi îl înţelege pe celălalt. Înainte de a-i învăţa pe parte-

neri deprinderile de comunicare verbală, terapeutul trebuie să definească clar rolul de vorbitor şi de ascultător. La început, acesta va lua parte activ la modelarea respectivelor deprinderi prin intermediul tehnicii role-playing, treptat el reluîndu-şi rolul de antrenor.

Exerciţii de dezvoltare a deprinderilor de comunicare

1. Terapeutul modelează modul negativ de ascultare nonverbală (se uită în altă parte, se mişcă pe scaun etc.) în timp ce fiecare dintre soţi vorbeşte pe o temă neutră (cum şi-a petrecut ziua). Apoi pacientul (fiecare, pe rînd) este întrebat cum s-a simţit (supărat, trist, frustrat, ridicol, rănit) şi ce a gîndit atunci cînd el vorbea şi nu era ascultat (de exemplu: „ceea ce am spus era neimportant" sau „nu voi obţine niciodată respectul cuiva" etc.). Apoi, fiecare partener trebuie să furnizeze exemple de ascultare nonverbală negativă.

2. Terapeutul şi apoi fiecare partener practică ascultarea nonverbală pozitivă (stă drept în faţa celuilalt, are contact vizual, dă din cap). Fiecare partener este întrebat cum s-a simţit atunci cînd a fost ascultat.

3. Terapeutul modelează abilităţi negative de recepţionare (întrerupe, încheie frazele celorlalţi, abate cursul discuţiei) într-un mod exagerat şi plin de umor. Apoi, fiecare partener este solicitat să dea un exemplu din care să rezulte cînd a procedat aşa.

4. Terapeutul îi învaţă pe pacienţi (cuplul) să parafrazeze (ascultă ce spune partenerul şi parafrazează intenţionat într-o manieră interogativă). Exemplu: "mi se pare că vorbeşti despre...", „asta este ceea ce ai vrut să spui?". Acest lucru se poate realiza şi la nivelul comportamentului nonverbal, printr-o mimică interogativă. La început, fiecare membru al cuplului îl parafrazează pe terapeut.

5. Apoi, fiecare partener învaţă să-l parafrazeze pe celălalt. În cadrul temelor pentru acasă, partenerii trebuie să

exerseze deprinderile de comunicare, jucînd pe rînd rolurile de vorbitor şi ascultător.

Rezolvarea de probleme

Reprezintă o componentă importantă a terapiei cognitiv-comportamentale mai ales atunci cînd se lucrează cu cuplul. Rezolvarea de probleme are două subcomponente:

a) definirea problemei;

b) soluţionarea problemei.

a) În cadrul fazei de definire a problemei, unul dintre soţi începe prin a comenta pozitiv ceea ce face celălalt soţ în legătură cu problema. Urmează o descriere a problemei, apoi este prezentată reacţia emoţională a primului partener la problemă. În spirit de colaborare, primul pacient (cel care a început) arată în ce măsură el a contribuit la producerea şi la menţinerea problemei.

Acest spirit de colaborare este absolut necesar pentru a reduce şansele ca problema să fie definită în termeni acuzatori, îl ajută pe celălalt soţ să se simtă mai puţin atacat şi îl stimulează pe acesta din urmă să se angajeze în demersul rezolvării problemei. De asemenea, abordarea în spirit de colaborare îi ajută pe cei doi să evite situaţia în care unul dintre parteneri este în totalitate responsabil de producerea problemei sau de găsirea soluţiei. Prima fază în cadrul procesului soluţionării problemei constă din aplicarea „brainstorming"-ului, în urma căruia este generată o listă de soluţii posibile la problemă.

La început, toate soluţiile se acceptă şi nici unul din soţi nu trebuie să-şi cenzureze soluţiilor proprii sau pe cele ale partenerului. Terapeutul poate să adauge unele soluţii, dînd discuţiei o notă de umor.

Iată un exemplu: problema constă în aceea că soţia se simte jignită şi ignorată cînd soţul vine supărat de la serviciu

şi, în loc s-o întrebe cum s-a simţit, începe să-şi povestească necazurile de la locul de muncă.

Soluţii posibile:

1. Soţul să facă o plimbare timp de un sfert de oră înainte de a veni acasă, pentru a se detensiona.

2. Cînd se întoarce acasă, soţul îşi va săruta soţia şi cei doi vor discuta timp de 5 minute în legătură cu modul în care şi-au petrecut ziua.

3. Dacă soţul are nevoie de mai mult timp pentru a se plînge de necazurile de la serviciu, el o va întreba pe soţie dacă e dispusă să asculte şi îi va cere să-i acorde un timp limită pentru acest lucru. Dacă ea nu e dispusă să-l asculte, va apela la un prieten.

4. Soţul va contacta un consilier-psiholog cu care să discute problemele sale profesionale.

5. Soţia îi va face semn discret să tacă şi va începe să vorbească despre problemele ei.

6. Soţul nu va discuta niciodată acasă problemele de la serviciu.

7. Soţia îi va solicita soţului un timp egal în cazul în care ea a acceptat să-i asculte plîngerile, timp în care soţul să facă treabă la bucătărie, iar ea se uită la televizor.

8. Soţia îşi va folosi abilităţile de ascultare atunci cînd soţul discută despre serviciu, iar acesta o va asculta la rîndul său cu atenţie.

9. Soţul va renunţa la serviciul care îl stresează.

10. Soţul va discuta cu şeful despre modul în care serviciul său ar putea deveni suportabil.

După ce cuplul a generat lista de soluţii posibile, fiecare soluţie va fi testată după următoarele criterii:

1. Este ea absurdă?

2. Va ajuta respectiva soluţie la rezolvarea problemei?

3. Care sînt argumentele *pro* şi *contra* ale respectivei soluţii?

În cele din urmă, se cade de acord asupra soluţiei cu cele mai puţine consecinte negative. Acordul trebuie să fie foarte precis: cine şi ce va face, cînd, unde şi cum.

Nu este obligatoriu să se aleagă doar o singură soluţie, ci se pot alege mai multe soluţii care se completează una pe alta sau urmează una alteia. Astfel, de pildă, soţul poate discuta cu şeful în legătură cu optimizarea locului său de muncă. Dacă acesta nu e înţelegător, el se poate adresa psihologului consilier pentru găsirea unui nou loc de muncă. Cînd se va întoarce de la serviciu, el se va comporta afectuos cu soţia şi fiecare îi va povesti celuilalt cum s-a simţit în ziua respectivă etc.

Programul de rezolvare de probleme trebuie să debuteze cu cele minore (casnice) şi abia apoi să se treacă la probleme de importanţă majoră, cu coloratură emoţională.

Ameliorarea interacţiunilor sexuale şi afective

Pentru cuplurile cu probleme sexuale este necesară o abordare terapeutică separată a acestor probleme.

În cazul în care cuplul nu are probleme sexuale deosebite, terapeutul trebuie să accentueze asupra dezvoltării afecţiunii dintre partenri şi a îmbogăţirii repertoriului relaţiilor sexuale.

Se pot utiliza următoarele exerciţii:

1. Discutarea unor amintiri legate de experienţa afecţiunii pozitive realizate împreună.

2. Exerciţii de imaginaţie dirijată pe tema afecţiunii şi relaţiilor sexuale ideale.

3. Exerciţii de stimulare a comunicării, prin intermediul cărora subiecţii sînt învăţaţi să acorde şi să primească feedback-uri atunci cînd li se acordă afecţiune sau în timpul relaţiilor sexuale.

4. Îndreptarea atenţiei asupra zonelor erogene genitale şi nongenitale.

5. Rezolvarea problemelor care au ca obiect inițierea și refuzul relațiilor sexuale.

6. „Brainstorming-ul" referitor la îmbogățirea comportamentului sexual, la găsirea unor noi variante de comportament sexual.

Reducerea conflictelor

Unele cupluri care se prezintă la o ședință de psihoterapie sînt atît de frustrate încît sînt incapabile să se concentreze pe ce este cu adevărat constructiv. Acest lucru se întîmplă mai ales atunci cînd partenerii au un conflict nerezolvat care a avut loc în timpul săptămînii. În aceste cazuri este necesară însușirea unei tehnici de escaladare a conflictului: se procedează în așa fel încît conflictul să nu ia proporții. Această tehnică acționează atît pe plan cognitiv, cît și comportamental.

În plan cognitiv, partenerii sînt ajutați să înțeleagă gîndurile și sentimentele pe care le trăiesc în timpul conflictului, iar pe plan comportamental ei trebuie să conștientizeze opțiunile comportamentale care pot opri escaladarea conflictului.

Tehnica implică două etape:

1. Demontarea (analizarea) conflictului (în ședința de psihoterapie) implică explorarea intențiilor și impactului pe care îl are fiecarer etapă a conflictului asupra partenerilor, cît și clarificarea sentimentelor, gîndurilor și convingerilor fiecărui partener în fiecare fază a conflictului. Terapeutul trebuie să fie atent să acorde ambilor soți posibilitatea de a-și expune punctul de vedere asupra conflictului, gîndurile și sentimentele legate de acesta, precum și gîndurile și sentimentele ce apar în etapa de analizare a conflictului.

2. Explorarea opțiunilor cognitive și comportamentale ale fiecărui partener, în fiecare etapă a conflictului, opțiuni

care pot contribui la escaladarea acestora. Aceasta se poate realiza întrebînd pe fiecare partener: „Care ar fi modul diferit în care ai putea gîndi despre acţiunile partenerului tău în momentul respectiv?“ sau „Ce ai putea face în mod diferit pentru a împiedica lucrurile să se înrăutăţească?“.

Această abordare îi ajută pe soţi să-şi asume responsabilitatea propriilor acţiuni, să înceteze să-şi blameze partenerul şi, în acelaşi timp, le indică posibile căi de rezolvare a conflictului.

Identificarea şi modificarea modelelor negative de interacţiune

În timpul practicării tehnicii de escaladare a conflictelor, terapeutul poate identifica anumite teme de conflict specifice cuplului, cît şi unele modele specifice de escaladare a conflictelor. Aceste modele disfuncţionale de interacţiune pot fi considerate, metaforic, ca un fel de dans, în care ambii parteneri cunosc „paşii“ şi acţionează împreună pentru escaladarea conflictului.

Sullaway şi Christensen (1983) au identificat astfel de teme comune de conflict:

a) Modelul solicitare-retragere: unul din parteneri solicită din ce în ce mai multă atenţie şi afecţiune de la partenerul său, care e mai rezervat. Cu cît primul solicită mai mult, cu atît celălalt are tendinţa de a se retrage tot mai mult.

b) Modelul afiliere-independenţă (Jacobson şi Margalin, 1979): unul din parteneri pune un accent mai mare pe relaţia de cuplu, iar celălalt este concentrat mai mult pe activitatea profesională.

c) Modelul afectivitate-raţionalitate: unul din parteneri (de regulă, soţia) este excesiv de afectiv, în timp ce celălalt (de obicei soţul) este raţional, nonemotiv şi logic.

Chiar şi simpla identificare a modelelor de conflict poate fi utilă pentru unele cupluri. În astfel de cazuri, simpla

examinare a procesului conflictual este suficientă pentru eliminarea modelului distructiv de interacţiune. Terapeutul trebuie să-i ajute pe parteneri să identifice semnele timpurii ale escaladării conflictului (activarea emoţională, acuzaţii verbale, abordarea unor domenii vulnerabile etc.). Astfel, de pildă, unul din parteneri identifică semnele timpurii ale declanşării unui conflict: „mă simţeam tot mai încordat, am început să transpir şi mi-am dat seama că în curînd voi exploda". Cînd unul sau ambii parteneri identifică semnele de conflict, ei pot opri escaladarea acestuia prin redirecţionarea discuţiei.

Succesul psihoterapiei depinde de măsura în care noile deprinderi de comportament achiziţionate în timpul şedinţelor de psihoterapie se vor generaliza în viaţa de zi cu zi a subiectului.

Realizarea cu conştiinciozitate a temelor pentru acasă reprezintă cheia succesului psihoterapiei de cuplu. În acelaşi timp, terapeutul trebuie să-i înveţe pe parteneri să aplice ceea ce învaţă la noile situaţii de viaţă. După ce a lucrat asupra unei probleme, terapeutul trebuie să adreseze întrebarea: „În ce alte situaţii de viaţă puteţi aplica soluţia respectivă?" Se poate da şi ca temă pentru acasă cuplului să aplice o anumită tehnică în situaţii noi.

Înainte de încheierea terapiei se măreşte durata dintre şedinţe (la două săptămîni, apoi la o lună, la 6 luni, la un an), în loc să se încheie psihoterapia în mod oficial.

Terapeutul trebuie să-i ajute pe parteneri să devină propriii lor terapeuţi, ei realizînd împreună, în absenţa terapeutului, şedinţe periodice de comunicare interpersonală în care să discute cît de bine merge relaţia lor.

În ciuda progresului realizat de parteneri, unele recăderi sînt inevitabile. Marlatt şi Gordon (1985) consideră că pentru a se preveni recăderile terapeutul trebuie:

- să anticipeze şi să prevină acele situaţii sau comportamente care vor spori şansele de recădere;

• să furnizeze pacienţilor strategii care să-i ajute pe aceştia să-şi revină uşor după mici incidente, fapt ce previne o recădere serioasă.

Spre sfîrşitul terapiei, atenţia cuplului este îndreptată către evenimentele viitoare, care pot fi stresante (de pildă, apariţia unui nou copil, ce se întîmplă dacă unul din parteneri primeşte o ofertă tentantă de serviciu în alt oraş, ce vor face dacă vor trece printr-o criză financiară). Prevăzînd situaţiile dificile, cuplul le va putea rezolva anticipat.

O altă modalitate de a reduce şansele de recădere constă în identificarea şi minimalizarea punctelor nevralgice ale cuplului, a hiperreactivităţii partenerilor. (Este cunoscut faptul că partenerii care nu se înţeleg sînt hiperreactivi la fleacuri).

De asemenea, terapeutul trebuie să identifice împreună cu partenerii semnele unei posibile recăderi:

• evitarea rezolvării comune de probleme;

• reducerea numărului de activităţi plăcute realizate împreună (inlcusiv sexuale);

• relaţia tinde să recapete un caracter static.

Factori limitatori ai psihoterapiei (Jacobson şi alţii, 1985)

Terapia cognitiv-comportamentală nu dă rezultate bune la următoarele categorii de subiecţi (cupluri):

1. Subiecţi cu tulburări psihopatologice severe (depresivi, schizofrenici, deficienţi mintal, psihopaţi). În astfel de cazuri terapia de cuplu poate fi un eventual adjuvant pe lîngă tratamentul de bază (psihiatric). Atunci cînd însă se constată că tulburarea psihică (de pildă depresia) este consecinţa unor disfuncţii de cuplu, terapia maritală va reprezenta tratamentul de bază.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

2. Abuzul de alcool sau droguri şi violenţa fizică de care dă dovadă unul din parteneri. În acest caz, pentru partenerul cu probleme se recomandă psihoterapia individuală.

3. Nu au prognostic bun cuplurile unde nu a existat de la început afecţiune şi atracţie între parteneri (căsătorie din interes, unde partenerii nici nu s-au cunoscut bine unul pe altul).

4. Terapia nu este eficientă dacă unul din parteneri a decis dinainte să divorţeze.

5. În situaţia în care – deşi partenerii sînt compatibili, sînt atraşi unul de celălalt – există o problemă insurmontabilă, ca, de pildă, aceea în care unul din parteneri doreşte şi celălalt nu doreşte să aibă copii. În acest caz, este greu de găsit o soluţie acceptabilă pentru ambii parteneri.

6. Cuplurile care nu sînt dispuse să colaboreze, să accepte responsabilitatea pentru problemele lor sau să fie de acord cu soluţii de compromis.

BCU IAŞI / CENTRAL

Capitolul 13

Abordări psihoterapeutice în cazul disfuncţiilor sexuale psihogene

Iniţial, s-a considerat că disfuncţiile sexuale au drept cauză experienţele timpurii din copilărie, experienţe legate mai ales de anormalităţile sexualităţii infantile, cît şi de interrelaţiile anormale dintre părinte şi copil. Psihoterapia individuală de orientare analitică era considerată ca un tratament de elecţie pentru aceste tulburări şi avea ca obiectiv realizarea insight-ului cu privire la conflictele inconştiente legate de sexualitate (Hawton, 1989).

Între anii 1950 şi 1960, abordarea comportamentalistă, mai ales desensibilizarea sistematică, a început să fie utilizată cu succes în cazul disfuncţiilor sexuale. Acest demers terapeutic se baza pe supoziţia conform căreia cele mai multe comportamente sexuale patologice sînt comportamente învăţate şi ele pot fi modificate utilizînd principii derivate din teoriile învăţării.

În 1970 a apărut celebra lucrare a lui Masters şi Johnson, „Human sexual inadignancy", lucrare care stă la baza psihoterapiilor comportamentale moderne în probleme sexuale.

În cadrul acestor terapii, accentul cade pe dezvoltarea deprinderilor de comunicare, educaţie şi implicarea ambilor parteneri în rezolvarea problemei.

Terapia sexuală se utilizează în tratamentul cuplurilor cu probleme, pentru că altfel este dificil de ajutat un subiect cu probleme sexuale care nu are un partener care să-l ajute. Ulterior, au fost puse la punct şi tehnici de terapie sexuală menite să-i ajute şi pe subiecţii care nu au la dispoziţie un partener stabil.

Disfuncţiile sexuale au drept cauză atît factori fiziologici, cît şi psihici. Este important de ştiut dacă şi în cazul factorilor fiziologici, factorii psihologici secundari nu fac decît să complice situaţia.

Natura disfuncţiilor sexuale (Hawton, 1989)

O definiţie corectă a disfuncţiilor sexuale o reprezintă perturbarea persistentă a modelelor sexuale de interes şi răspuns. Disfuncţiile sexuale se deosebesc de deviaţiile sexuale, ce reprezintă comportamente care se deosebesc sub aspect calitativ de cele sexuale normale şi sînt nocive pentru alţi oameni. Această definiţie nu e pe deplin satisfăcătoare pentru că, pe de o parte, este dificil de circumscris comportamentul sexual normal, iar pe de altă parte, faptul că un comportament sexual este calificat drept disfuncţional depinde de mai mulţi factori: dacă partenerul consideră că este o problemă, iar aceste expectaţii pot fi influenţate de opinia prietenilor, mass-media sau de opinia unor medici.

Nu a fost elaborată pînă acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncţiilor sexuale. În general, se acceptă drept criterii: interesul sexual, activarea sexuală, orgasmul şi alte probleme. Alţi factori care trebuie luaţi în considerare sînt perioada de debut şi gradul de extensie a tulburării.

Termenii tulburare primară şi secundară se referă la faptul dacă tulburarea a fost prezentă încă de la începutul activităţii sexuale sau a debutat după o perioadă de viaţă se-

xuală satisfăcătoare. Termenii total şi situaţional se referă la faptul că tulburarea sexuală este prezentă în toate situaţiile sau doar în unele din acestea (sex adecvat cu partenerul obişnuit, dar nu şi cu alt partener, activitate sexuală prin intermediul masturbaţiei etc.).

În cadrul fiecărei tulburări sexuale există nenumărate variaţii. De exemplu, în cazul tulburărilor de erecţie există bărbaţi care realizează erecţia cu partenera, dar o pierd în timpul actului sexual, bărbaţi care obţin doar o erecţie parţială, bărbaţi care obţin erecţia doar cînd sînt singuri (în timpul masturbării) şi bărbaţi care nu au erecţie în nici un fel de situaţie.

Lipsa satisfacţiei sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicită psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncţii sexuale). Mulţi din aceşti subiecţi nu se referă la o disfuncţie anume, ci la absenţa satisfacţiei sexuale. La această situaţie îşi pot aduce contribuţia factori variaţi, cum ar fi dificultăţile relaţionale, faptul că partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt, plictiseala şi monotonia. Uneori, aceste probleme pot fi secundare lipsei de interes sexual (Bancroft, 1983).

În afara disfuncţiile sexuale sau a lipsei de satisfacţie sexuală, pacienţii se pot adresa specialiştilor şi pentru alte probleme, cum ar fi, de pildă, depresia, insomnia, problemele ginecologice sau lipsa fertilităţii.

Clasificarea disfuncţiilor sexuale

Tipul de disfuncţie	Disfuncţiile	
	Femei	Bărbaţi
Interes sexual	Reducerea interesului sexual	Reducerea interesului sexual
Activare sexuală	Scăderea activării sexuale	Tulburare de erecţie
Orgasm	Disfuncţie orgasmică (anorgasmie)	Ejaculare precoce Ejaculare întârziată sau absentă
Alte tipuri de tulburări	Vaginism Dispareunie	Ejaculare dureroasă Dispareunie

Cauzele tulburărilor sexuale

• Fiziologice: boală, operaţii, diverse tratamente (Barcroft, 1983, Hawton, 1987). Chiar şi în aceste cazuri, factorul psihologic accentuează tulburarea şi terapia cognitiv-comportamentală este indicată.

• Factori:
  – predispozanţi (lipsă de încredere în sine, pubertate întîrziată);
  – precipitatori (eşec sexual sub influenţa alcoolului);
  – care menţin tulburarea (anxietate anticipatorie la fiecare tentativă de act sexual).

Disfuncţiile sexuale la femei

1. Scăderea interesul sexual – libido scăzut:
   • variază considerabil de la o femeie la alta.
   • se reflectă în frecvenţa actelor sexuale cu partenerul (gînduri cu conţinut sexual, masturbare);
   • se asociază frecvent cu dificultăţi relaţionale şi depresie (Hawton şi Catalan, 1986; Weissman şi Paykel, 1974).

2. Activare sexuală scăzută: reducerea răspunsurilor fiziologice normale (de exemplu, lubrifierea vaginului) la stimulare sexuală şi lipsa senzaţiilor asociate cu excitaţia sexuală:
   • este firească la menopauză şi după naştere.

3. Deficienţă de orgasm: absenţa acestuia sau orgasm foarte rar. Terapeutul trebuie să diferenţieze acele femei care nu obţin orgasm cu partenerul, dar îl obţin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată. Deficienţa orgasmică secundară se asociază de obicei cu dificultăţi relaţionale.

4. Vaginism: act sexual imposibil sau extrem de dureros datorită unui spasm vaginal care împiedică penetrarea.

Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecţii.

Multe din aceste femei au idei greşite cu privire la sexualitate, ele fiind altfel normale sub aspectul responsivităţii sexuale (Duddle, 1977).

5. Dispareunia – act sexual dureros. Durerea poate fi superficială, medie (datorită excitaţiei, infecţiilor vaginale, unor chisturi) sau profundă (infecţie pelviană, endometrită sau lipsa activării sexuale). În aceste cazuri se recomandă controlul ginecologic.

Disfuncţiile sexuale la bărbaţi

1. Interes sexual scăzut poate fi consecinţa unei tulburări de erecţie, a dificultăţilor relaţionale sau a depresiei. Trebuie exclusă cauza organică (hipogonadism).

2. Tulburări de erecţie:
   - este cea mai răspîndită tulburare pentru care se solicită psihoterapia;
   - are forme diverse;
   - mecanismul erecţiei este influenţat de o varietate de factori psihologici (anxietate, distragere, expectaţia performanţei) şi fiziologici: diabet, probleme circulatorii, leziuni ale coloanei vertebrale, medicaţie antihipertensivă).

3. Ejaculare precoce:
   - este dificil de definit; de regulă, este bine să se solicite şi opinia partenerei, pentru că unii oameni au expectaţii neraţionale;
   - de regulă, reprezintă o tulburare primară;
   - masturbarea poate fi un factor predispozant;
   - este frecventă la tineri la începutul vieţii sexuale;
   - frecventă în stări de stres;
   - numai în cazul în care este persistentă este considerată simptom.

4. Ejaculare întîrziată/absentă:
   - este o tulburare relativ rară, care afectează atît ejacularea, cît şi orgasmul;
   - trebuie distinsă de tulburarea datorată unor cauze fiziologice (prostatectomie) sau medicaţiei, cînd subiectul are orgasm, dar nu ejaculează.

Ejacularea se poate obţine în timpul masturbării, dar nu şi cu o parteneră, numai în somn sau deloc (în această ultimă situaţie, se bănuieşte o cauză fizică).

Ejacularea întîrziată: stimularea sexuală trebuie să fie prelungită un timp neobişnuit de lung pînă să apare ejacularea.

5. Ejaculare dureroasă şi dispareunie: senzaţia de durere sau arsură după ejaculare de regulă este rezultatul unei infecţii (uretrită, prostatită etc.)

Dispareunia: act sexual dureros, de regulă datorată unor cauze organice (calota prea strîmtă, fren scurt, infecţii).

Factori psihologici care pot contribui la disfuncţiile sexuale

Factori predispozanţi:
- Educaţie restrictivă: atitudinea părinţilor e distorsională sau provoacă inhibiţia sexuală
- Relaţii familiale perturbatoare, lipsa afecţiunii
- Experienţe sexuale timpurii cu caracter psihotraumatizant: viol, incest
- Lipsa educaţiei sexuale.

Factori precipitatori:
- Relaţii perturbate cu partenerul
- Naşterea unui copil (aici dificultăţile sexuale pot apare şi datorită unor factori fiziologici sau datorită depresiei)
- Infidelitatea

- Disfuncţii ale partenerului
- Eşecuri repetate
- Depresie
- Anxietate
- Experienţe sexuale traumatizante
- Vîrsta
- Reacţia psihologică la unii factori organici.

Factori care menţin tulburarea:
- Anxietatea de performanţă.
- Teama de eşec (de pierdere a erecţiei)
- Solicitările partenerului
- Comunicare insuficientă între parteneri
- Culpabilitate (eventual legată de o relaţie extraconjugală)
- Lipsa atracţiei faţă de partener
- Relaţii conflictuale
- Teama de intimitate emoţională
- Informaţii sexuale insuficiente despre modul cum se realizează stimularea partenerului
- Joc erotic preliminar insuficient (partenera nu este excitată)
- Depresie
- Anxietate.

Evaluarea

Obiectivele evaluării:

1. Definirea naturii problemei sexuale şi a modificărilor dorite de clienţi.

2. Obţinerea unor informaţii care să permită terapeutului să încerce să formuleze ipoteze privind cauzele tulburării în termenii menţionaţi: factori predispozanţi, precipitatori şi care menţin tulburarea.

3. Stabilirea tipului de intervenţie terapeutică indicată în cazul respectiv.

4. Iniţierea procesului terapeutic prin deschiderea unei discuţii referitoare la problemele sexuale şi prin încurajarea partenerilor să identifice factorii cauzali şi posibilele soluţii la problema lor.

Interviul iniţial trebuie realizat separat, cu fiecare partener în parte, pentru a obţine date cît mai sincere. La al doilea interviu partenerii sînt văzuţi împreună de psihoterapeut. Terapeutul trebuie să-l întrebe pe fiecare partener în parte ce informaţii doreşte să rămînă confidenţiale (de exemplu, o relaţie extraconjugală).

Plan de interviu terapeutic

1. Problema sexuală: natura ei exactă şi evoluţia; modificări dezirabile ale comportamentului sexual.
2. Mediul familial şi copilăria timpurie: relaţii cu părinţii, relaţiile dintre părinţi, atitudinea familiei faţă de sexualitate.
3. Dezvoltarea sexuală şi experienţele sexuale: atitudinile legate de sex din perioada pubertăţii, apariţia interesului sexual, experienţe şi probleme sexuale: masturbare, experienţe traumatizante, homosexualitate.
4. Informaţii despre sex: surse, amploarea informaţiilor, dacă persoana consideră că are informaţii suficiente; terapeutul trebuie să evalueze nivelul de cunoştinţe cu privire la sexualitate al clienţilor săi.
5. Relaţia cu partenerul: evoluţia acestei relaţii, cadrul general al relaţiei cu partenerul, copii, mijloace contraceptive, infidelităţi, sentimente de atracţie faţă de partener.
6. şcoală, ocupaţie, interese, credinţe religioase.
7. Probleme medicale: boli, tratamente urmate.
8. Istoria psihiatrică.
9. Utilizarea alcoolului sau drogurilor.
10. Aspectul exterior şi dispoziţia.
11. Examinare medicală (dacă este cazul).

Înainte de a începe psihoterapia, terapeutul trebuie să se convingă dacă este vorba de o disfuncţie sexuală reală sau de lipsa unor informaţii (ca, de exemplu, expectaţia nerealistă a partenerei că trebuie să aibă orgasm la fiecare act sexual).

Uneori problema pe care o prezintă pacienţii nu este cea reală. Astfel, de pildă, terapeutul este solicitat pentru ejaculare precoce, cînd, de fapt, bărbatul poate menţine erecţia o perioadă rezonabilă de timp, în schimb femeia are dificultăţi de atingere a orgasmului. Există şi situaţia inversă, cînd dificultăţile de a realiza orgasmul la femeie pot induce un slab control al ejaculării la bărbat.

Terapeutul trebuie să obţină informaţii precise, adresînd întrebări directe referitoare la:

- ce anume s-a întîmplat;
- ce a gîndit persoana înainte, în timpul şi după ce a luat sfîrşit actul sexual;
- ce au simţit partenerii în legătură cu acesta.

Sînt foarte importante informaţiile în legătură cu masturbarea din următoarele motive:

1. Masturbarea prea rapidă poate constitui un factor predispozant al ejaculării precoce.

2. Atitudinea faţă de masturbare poate sta la baza tulburării sexuale (de pildă, culpabilitatea).

3. Masturbarea poate constitui un element important al terapiei, mai ales cînd avem de-a face cu un subiect care nu are partener.

Abordarea disfuncţiilor sexuale se realizează sub forma a două modalităţi:

a) consiliere de scurtă durată.

b) terapie sexuală.

a) *Consilierea*

Include sfaturi şi intervenţii cu caracter educaţional. Este indicată în următoarele situaţii:

1. Disfuncţia sexuală este de dată recentă şi nu prezintă complicaţii.

2. Cuplul are mai mult nevoie de educaţie sexuală.

3. Partenerii au încercat să-şi rezolve problema singuri.

4. Nu e clar dacă se impune terapie sexuală, dar oricum consilierea poatea reprezenta o abordare preliminară.

Partenerii pot beneficia frecvent de astfel de abordări de scurtă durată (Hawton, 1985).

b) Indicaţii pentru terapia sexuală:

1. Problema sexuală are o durată mai lungă (cel puţin cîteva luni).

2. Eforturile cuplului de a-şi rezolva problema fără ajutor a eşuat în totalitate.

3. Problema este generată sau menţinută de factori psihologici: experienţe sexuale cu caracter aversiv, anxietate de performanţă, imagine de sine scăzută).

4. Problema ameninţă să distrugă relaţia în totalitate.

În cazul psihoterapiei sexuale trebuie avuţi în vedere şi următorii factori:

a) Cadrul general al relaţiei dintre parteneri. Psihoterapia sexuală nu se aplică în cazul în care dificultatea sexuală reprezintă un simptom al unei relaţii deteriorate în cadrul cuplului. În acest caz, se indică terapie maritală.

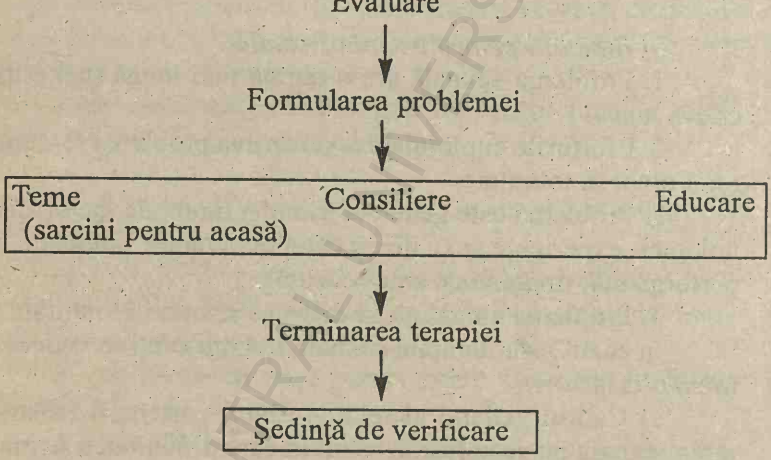
b) Tulburările psihiatrice majore constituie contraindicaţii pentru psihoterapia sexuală. Aceşti pacienţi nu vor fi abordaţi pînă nu s-a rezolvat problema lor de bază. Tulburările psihiatrice minore, cum ar fi depresia uşoară şi moderată sau anxietatea, nu reprezintă contraindicaţii pentru terapia sexuală, mai ales cînd aceste simptome sînt secundare disfuncţiei sexuale.

c) Alcoolismul. Dacă unul din pacienţi este alcoolic, nu se va recurge la psihoterapie sexuală din cauza complianţei slabe la terapie şi a dificultăţilor relaţionale cu partenerul.

d) Sarcina. Experienţa clinică a arătat că terapia sexuală nu trebuie începută cînd partenera este însărcinată datorită scăderii firești a libidoului în lunile avansate de sarcină.

e) Motivaţia. Psihoterapia sexuală nu se aplică atunci cînd terapeutului îi este clar că aceasta nu este acceptabilă pentru ambii sau pentru unul din parteneri.

Stadiile psihoterapice sexuale



Deci, programul psihoterapeutic propriu-zis implică:

1. Solicitarea pacienţilor să efectueze unele teme gradate pentru acasă;

2. Consilierea: implică factorii cognitivi ai psihoterapiei. Aceştia sînt importanţi mai ales atunci cînd apar blocaje în realizarea sarcinilor pentru acasă.

3. Educarea. Terapeutul trebuie să explice faptul că şedinţele se vor desfăşura cu ambii parteneri, dar că uneori va fi necesar ca el să discute şi separat cu fiecare partener în parte.

Se realizează şedinţe săptămînale de 30-60 minute. Cînd progresele sînt slabe se poate trece la şedinţe bisăp-

tămînale. La sfîrşitul terapiei este recomandabilă rărirea şedinţelor la 3-4 săptămîni.

Formularea problemei

La începutul terapiei partenerilor li se prezintă un rezumat scurt al problemei lor, cît şi factorii care contribuie la menţinerea acesteia.

Obiectivele formulării sînt următoarele:

1. Încurajarea cuplului, terapeutul explicînd cît de frecvente sînt astfel de probleme.

2. Sublinierea factorilor care menţin problema, factori asupra cărora se va concentra demersul terapeutic.

3. Îi permite terapeutului să verifice dacă informaţiile obţinute în cursul etapei de evaluare au fost corect interpretate. Terapeutul trebuie să solicite membrilor cuplului să-i furnizeze feedback-uri dacă au înţeles bine problema. În această etapă ies, de obicei, la iveală noi informaţii.

Terapeutul trebuie să prezinte în mod echilibrat contribuţia fiecărui membru al cuplului la menţinerea problemei, explicînd, pe această bază, de ce este atît de necesară colaborarea dintre parteneri pentru succesul terapiei. În acelaşi timp, terapeutul trebuie să sublinieze aspectele pozitive ale relaţiei.

Model de formulare a problemei (Hawton, 1989)

Ana, 28 ani; Bill, 36 ani. Se prezintă la psihoterapie pentru că Ana nu are interes pentru relaţiile sexuale şi îi displace actul sexual. Terapeutul prezintă problema astfel: este vorba de lipsa de interes pentru activitatea sexuală a Anei, cît şi de faptul că ea simte durere la contactul sexual pentru că nu este suficient de stimulată.

Factori predispozanţi

Mai mulţi factori au determinat-o pe Ana să se simtă nesigură cu privire la activitatea sexuală:

1. Educaţia pe care a primit-o, în cadrul căreia sexul era privit ca ceva murdar.

2. Lipsa educaţiei sexuale şi informaţia săracă în acest domeniu.

3. Culpabilitatea ei legată de o relaţie sexuală anterioară, relaţie cu un bărbat mai în vîrstă, căsătorit.

4. Cînd relaţia lor a debutat, Bill avea insuficientă încredere în experienţa sa sexuală, mai ales pentru că a fost părăsit de prima soţie pentru un alt bărbat.

Factori precipitatori

Ambii parteneri erau foarte ezitanţi şi nesiguri la debutul relaţiei lor erotice. Drept rezultat, Ana nu a fost stimulată suficient şi actul sexual a fost dureros. Ori de cîte ori cei doi soţi încercau să facă dragoste, Ana era anxioasă că se va repeta actul sexual dureros. Acest lucru diminua stimularea erotică şi lucrul de care se temea se întîmpla. Treptat, ea a pierdut interesul pentru relaţiile sexuale.

Factori care menţin tulburarea

Problema persista pentru că ambii parteneri gîndeau că fiecare episod sexual va fi un eşec, iar anxietatea anticipatorie a Anei o împiedica să manifeste interes pentru actul sexual. Mai mult, cei doi soţi considerau că este dificil să discute problema pentru a găsi soluţia.

Trăsături pozitive

- Sub alte aspecte, relaţia Anei şi a lui Bill era fericită şi plină de afecţiune.
- Durata relativ scurtă de cînd a apărut problema (aproximativ 15 luni).

- Dorinţa ambilor parteneri de a colabora pentru a depăşi dificultatea.

Prezentarea problemei nu trebuie să dureze mai mult de 15 minute. După această prezentare, se trasează prima sarcină pentru acasă.

Temele pentru acasă au următoarele obiective:

1. Să contribuie la realizarea unei abordări structurale care să permită cuplului să-şi reconstruiască în mod gradat relaţia sexuală.

2. Să-i ajute pe parteneri să identifice acei factori care contribuie la menţinerea disfuncţiei sexuale (mai ales atitudinile şi gîndurile negative).

3. Să-i înarmeze pe parteneri cu tehnici specifice de a face faţă unor probleme care apar în relaţia de cuplu.

Programul temelor pentru acasă trebuie să fie flexibil şi să ţină seama de problemele fiecărui cuplu în parte. Etapele acestui program sînt inspirate din lucrările lui Masters şi Johnson (1970). Ele sînt următoarele:

a) Concentrarea atenţiei asupra unor senzaţii din afara ariei genitale permite cuplului să stabilească o intimitate fizică într-un mod relaxant şi confortabil, intimitate care să faciliteze comunicarea deschisă dintre parteneri. (Partenerii trebuie să realizeze mîngîieri pe tot corpul, evitînd însă zonele genitale). În această etapă, partenerii se abţin de la activitatea sexuală. Nu este contraindicată automasturbarea, dar nu în prezenţa partenerului (în această etapă).

b) Concentrarea asupra unor senzaţii legate de organele genitale are menirea de a facilita activarea sexuală prin mîngîieri, fără a trezi anxietatea. Dacă în această etapă partenerii doresc să trăiască faza de orgasm, ei sînt liberi să o facă, dar li se explică faptul că nu acesta este obiectivul sarcinii pentru acasă.

c) Faza de penetrare pasivă, care reprezintă o etapă intermediară înainte de actul sexual propriu-zis. Faza de penetrare pasivă: partenerilor li se explică faptul că atunci cînd

ambii parteneri se simt activaţi sexual şi relaxaţi, femeia trebuie să introducă penisul partenerului în vagin, partenerul rămînînd liniştit şi concentrîndu-se asupra senzaţiilor agreabile care se instalează. Cele mai bune poziţii pentru penetrarea pasivă sînt poziţia partenerei deasupra sau poziţia laterală. Această tehnică este importantă în tratamentul vaginismului pentru că îi oferă partenerului sentimentul autocontrolului. De asemenea, mulţi bărbaţi (cu ejaculare precoce) consideră că poziţiile respective le oferă control mai bun asupra ejaculării. Cuplul este instruit să menţină poziţia cît de mult doreşte şi apoi să se reîntoarcă la fazele anterioare.

Penetrarea pasivă se poate repeta de cel mult 3 ori în timpul unei şedinţe realizate acasă (sarcini pentru acasă). O dată ce această fază a fost stăpînită, cuplul trebuie să introducă mişcarea după penetrare. Este mai indicat să se sugereze faptul că partenera trebuie să înceapă să se mişte prima. Acest lucru este important mai ales dacă ea prezintă vaginism, pentru că această indicaţie îi permite să menţină controlul asupra situaţiei (în felul acesta dispare şi teama ei că va fi rănită). Dacă celelalte etape au trecut cu bine, această ultimă etapă nu prezintă probleme, excepţie făcînd cazurile bărbaţilor cu ejaculare precoce. În această etapă, cuplul poate experimenta, dacă doreşte, şi alte poziţii în timpul actului sexual.

Instrucţiunile cu privire la temele pentru acasă trebuie date în detaliu şi terapeutul trebuie să fie sigur că partenerii au înţeles corect ce anume li se cere. Nu se trece la un stadiu superior al psihoterapiei pînă cînd pacienţii nu au îndeplinit corect ceea ce li s-a cerut.

Alte procedee specifice pentru tratamentul disfuncţiilor sexuale la femei

1. Disfuncţia de orgasm (Anorgasmia)

În cazul în care femeia nu a trăit niciodată senzaţia de orgasm, terapeutul propune un antrenament de masturbare,

pentru că multe femei se simt mai în largul lor singure. Acest antrenament este indicat şi pentru femeile care, pentru moment, nu au un partener sexual.

Cînd este vorba de cupluri, acestea preferă, de regulă, să-şi rezolve problemele în comun. O femeie care obţine orgasmul singură îi poate explica apoi partenerului cum ar dori să fie stimulată. Terapeutul trebuie să accentueze importanţa stimulării clitoridiene pentru obţinerea orgasmului feminin.

În cazul în care femeia nu poate obţine orgasmul în ciuda stimulărilor adecvate, se poate utiliza un vibrator (Yaffe şi Fenwick, 1986). Este important ca partenerii să fie asiguraţi că utilizarea acestuia va avea doar un caracter temporar. Terapeutul trebuie să le explice partenerilor şi faptul că foarte multe femei, perfect normale, realizează doar rareori orgasmul şi, cu toate acestea, activitatea sexuală are pentru ele un caracter foarte agreabil. O dată ce s-a obţinut orgasmul la stimularea manuală, partenera poate fi ajutată să obţină orgasmul şi în timpul unui act sexual obişnuit.

Partenerul (sau partenera) va proceda la stimularea clitoridiană manuală în timpul penetrării vaginale pasive, concomitent cu contracţii pelviene uşoare. Cînd femeia simte că se apropie faza de orgasm, ea trebuie să realizeze contracţii pelviene mai riguroase, să continue stimularea clitoridiană dacă este posibil, apăsînd clitorisul de penisul partenerului. Unele femei vor deveni capabile să trăiască orgasmul în timpul actului sexual şi fără stimulare manuală, dar multe vor continua să aibă nevoie de stimulare clitoridiană.

2. Vaginismul

Există mai multe faze în tratamentul vaginismului:

a) Ajutarea femeii să dobîndească o atitudine mai favorabilă faţă de organele ei sexuale. Partenerei i se furnizează cunoştinţe de anatomie şi fiziologie şi este încurajată să-şi privească în oglindă organele sexuale.

Unele femei pot realiza acest lucru în prezenţa partenerului; altele au nevoie de un terapeut femeie.

b) Exerciţii de autocontrol a musculaturii pelviene.

Dacă femeia nu îşi dă seama de faptul dacă poate controla sau nu muşchii pelvieni, i se poate cere să oprească fluxul la urinare. De asemenea, i se poate sugera să observe contracţia pelviană introducînd degetul în vagin.

c) Penetraţia vaginală

Se realizează penetrarea cu degetul propriu. Cu această ocazie, se pot manifesta şi atitudinile negative faţă de aceste practici (se teme să nu se rănească; îşi face probleme dacă nu este nepotrivit ceea ce face). Într-o fază mai avansată, femeia este învăţată să utilizeze două degete pe care să le mişte în vagin. Apoi partenrul ei este învăţat să facă acelaşi lucru în cursul temelor pentru acasă. Este bine să se utilizeze unguente.

În programele iniţiale, Masters şi Johnson utilizau dilatatoare vaginale gradate, dar studiile clinice au demonstrat că utilizarea degetelor este la fel de eficientă.

4. Penetraţia vaginală pasivă. Se utilizează, de asemenea, unguente. Este o fază dificilă, la care nu se trece pînă ce partenera nu a căpătat suficientă încredere în sine. Gîndurile în legătură cu durerea posibilă trebuie explorate de terapeut.

Dispareunia (act sexual dureros)

Dacă dispareunia este legată de factori psihologici, mai ales de lipsa activării sexuale, terapia trebuie dirijată mai ales în direcţia obţinerii stimulării sexuale prin programele de focalizare a atenţiei.

În cazul în care durerea are cauze fizice (de pildă, o endometrită), partenera este sfătuită să se trateze şi, în acelaşi timp, i se recomandă o poziţie în care penetrarea este mai superficială (poziţia laterală, cu partenerii faţă în faţă).

Interesul sexual redus

În acest caz, accentul cade pe circumstanţele adecvate în care are loc actul sexual, pe reducerea anxietăţii, pe jocul erotic preliminar, pe focalizarea atenţiei pe stimuli erotici, cît şi pe rezolvarea problemelor psihologice legate de relaţia cu partenerul.

Activarea sexuală scăzută

Programul care cuprinde temele pentru acasă este util în astfel de situaţii. De asemenea, se recomandă utilizarea tehnicii imaginaţiei dirijate cu conţinut erotic.

Program de antrenament autoerotic pentru femei (Hawton, 1989)

1. Autoexplorare cu conţinut general

Se recomandă mai ales pentru femeile cu atitudine negativă faţă de corpul lor.

Femeia trebuie să se examineze goală în oglindă şi să identifice trei aspecte care îi plac la ea şi trei care îi plac mai puţin (se obţine astfel o apreciere realistă a propriului corp).

2. Autoexaminarea organelor genitale.
3. Exerciţii de autocontrol a musculaturii pelviene.
4. Masturbare
5. Factori adjuvanţi pentru masturbare:
   - literatură erotică;
   - fantezii sexuale;
   - utilizarea vibratorului (trebuie subliniat faptul că majoritatea femeilor care ajung la orgasm cu ajutorul vibratorului reuşesc foarte repede să-l obţină şi în absenţa acestuia).

Tehnici pentru psihoterapia disfuncţiilor sexuale la bărbaţi

1. Tulburări de erecţie

Bărbaţii cu tulburări de erecţie vor trăi de cele mai multe ori erecţia în fazele de concentrare extragenitală şi genitală.

Dacă terapeutul le sugerează ca în aceste etape să *nu* aibă erecţie, rezultatul va fi exact opus.

În cazul acestei disfuncţii, bărbatul are dificultăţi să trăiască stimularea sexuală, mai ales cînd erecţia se instalează totuşi, pentru că acesta se gîndeşte la calitatea erecţiei sale şi dacă va reuşi s-o menţină. În această situaţie, terapeutul trebuie să-l înveţe pe pacient să se concentreze asupra senzaţiilor agreabile din timpul jocului erotic.

O dată ce erecţia începe să se instaleze cu regularitate, terapeutul sugerează cuplului să oprească mîngîierile şi să lase ca erecţia să dispară. Exerciţiile se vor rezuma acum doar la cîteva stimulări pînă ce erecţia se instalează. Această procedură se repetă de 2-3 ori în cursul unei şedinţe realizate acasă şi are menirea să scadă anxietatea bărbatului legată de faptul că va pierde erecţia şi aceasta nu va mai reveni niciodată.

Programul de penetrare pasivă va fi de scurtă durată şi partenera va trebui să treacă şi la stimulări extragenitale, în cazul în care erecţia se pierde.

2. Ejacularea precoce

Se utilizează două tehnici: „stop-start" (Semans, 1976) şi tehnica „strîngerii" (Masters şi Johnson, 1970).

a) Tehnica „stop-start"

Bărbatul este culcat pe spate şi îşi concentrează atenţia asupra partenerei care îi stimulează penisul. Cînd el se simte activat, gata să ejaculeze, îi va spune acesteia să oprească activarea, astfel încît stimularea scade. Procedura se mai repetă

de două ori, iar a treia oară partenera îl stimulează pe bărbat pînă atinge ejacularea. La început, bărbatul va ejacula repede, dar treptat el va învăţa să se autocontroleze.

b) Tehnica „strîngerii"

A doua tehnică se aplică doar dacă prima s-a dovedit ineficientă. Cînd bărbatul îi spune partenerei că este pe cale să ejaculeze, partenera strînge cu fermitate vîrful penisului timp de 15-20 secunde, fapt ce inhibă reflexul ejaculator. O dată ce tehnica a dat rezultate, cuplul trebuie să realizeze tehnica penetraţiei pasive, femeia fiind în poziţie superioară. Cînd bărbatul îi spune că e pe cale să ejaculeze, partenera sa îşi schimbă poziţia, utilizează tehnica „strîngerii" sau îl lasă să ejaculeze.

3. *Ejaculare absentă sau întîrziată*

Cînd bărbatul nu a ejaculat niciodată decît în somn, este indicat un antrenament de masturbare. Dacă ejacularea e posibilă în timpul masturbării, dar nu şi cu partenera, sau cu mare dificultate în acest din urmă caz, se pune un accent mare pe stimularea şi concentrarea asupra zonei genitale, femeia stimulînd organul sexual al bărbatului, la început mai lent, apoi mai viguros. Este indicat să se utilizeze loţiuni lubrifiante. Unii bărbaţi consideră că masturbarea le este utilă. Ei sînt încurajaţi să se concentreze asupra senzaţiilor pe care le trăiesc. Dacă ejacularea se produce, bărbatul este instruit să ejaculeze în apropierea organului sexual al partenerei. Apoi, bărbatul este învăţat să realizeze penetraţia atunci cînd simte că va ejacula şi să continue mişcările specifice. Poziţia superioară a bărbatului este recomandată pentru că facilitează ejacularea.

4. *Interesul sexual scăzut*

Nu există procedee specifice pentru astfel de situaţii. Tot ce se poate face este să se realizeze întăriri pozitive ale comportamentului sexual, cît şi rezolvarea tensiunilor din cadrul cuplului.

Program de antrenament autoerotic pentru bărbaţi

Se utilizează pentru toate categoriile de disfuncţii, dar în mod diferit. Trebuie în primul rînd explorată atitudinea bărbatului faţă de aceste practici.

1. Explorarea cu mîna a zonelor genitale şi a celor înconjurătoare, pentru a identifica zonele de sensibilitate.

2. Masturbarea propriu-zisă. Cînd stimularea erotică este ridicată, se practică masturbarea intensă pînă la ejaculare.

3. Factori adjuvanţi:
- fantezii sexuale;
- literatură erotică;
- vibratoare.

În cazul ejaculării precoce, bărbatul trebuie încurajat să prelungească masturbarea pe o perioadă fixă (de pildă 15 minute).

În tratamentul tulburărilor de erecţie, în timpul masturbării, bărbatul trebuie să lase pentru un timp ca erecţia să dispară şi apoi să continue autostimularea de încă 2-3 ori. Aceasta îi poate spori încrederea în capacitatea sa de erecţie.

Probleme de consiliere în tulburările sexuale

Blocaje în timpul tratamentului

a) Blocaje timpurii:
- cuplul nu se angajează în realizarea temelor pentru acasă;
- partenerii se plîng de faptul că temele pentru acasă creează un comportament sexual artificial;
- apropierea din timpul exerciţiilor poate evoca sentimente negative, cum ar fi tensiunea sau plictiseala.

Dificultăţile timpurii nu au o importanţă prea mare, ele putînd fi depăşite în cazul în care nu sînt indicatori ai unor probleme majore de cuplu (dificultăţi relaţionale, resentimente).

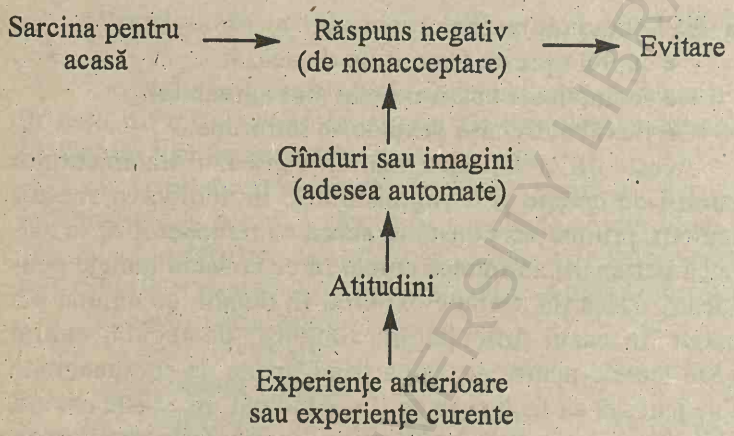
b) Dificultăţi tardive:

- cuplul opreşte exerciţiile de acasă;
- şedinţele de acasă nu mai sînt agreabile;
- fluxul activităţii sexuale se întrerupe.

Aceste dificultăţi apar mai ales în cazul tratamentului tulburării de erecţie şi a vaginismului. În abordarea acestor dificultăţi, primul pas constă în aceea ca terapeutul să se asigure că partenerii au înţeles corect în ce constau temele pentru acasă. Dacă da, trebuie explorat în detaliu ce anume s-a petrecut. În cazul dificultăţilor timpurii, de regulă, cuplul găseşte temele pentru acasă ca fiind lipsite de spontaneitate sau se jenează să facă ceea ce li s-a indicat. În aceste cazuri, simpla conştientizare a problemei şi încurajările pot fi suficiente. Pentru cuplurile unde sentimentele de jenă sînt foarte accentuate, terapeutul poate recomanda ca partenerii să înceapă preludiul îmbrăcaţi.

Dificultăţi majore sînt considerate acelea cînd subiecţii reacţionează negativ la temele pentru acasă, apar rupturi bruşte în comportamentul sexual sau partenerii încetează pur şi simplu să mai practice ceea ce li s-a cerut. În acest caz, pacienţilor trebuie să li se explice modelul cognitiv care stă la baza răspunsurilor negative la temele pentru acasă. Se demonstrează cum eşecul de a realiza ceea ce a fost indicat sau eşecul de a simţi o plăcere conduce la procese cognitive (gînduri şi/sau imagini). Pentru că aceste procese cognitive sînt automate, persoana nu este, de regulă, conştientă de ele. Cogniţiile evocate de temele pentru acasă pot să reflecte o atitudine mult mai generală faţă de sexualitate.

Partenerii sînt încurajaţi să identifice gîndurile negative care apar atunci cînd ei eşuează să realizeze temele pentru acasă. Unele cupluri realizează acest lucru cu uşurinţă, în timp ce altele nu.



O tehnică bună constă în a solicita partenerilor să furnizeze cît mai multe explicaţii (indiferent cît de absurde ar părea) şi apoi partenerii să fie ajutaţi să evalueze explicaţiile respective.

O dată gîndurile negative explorate, terapeutul ajunge la atitudinile disfuncţionale timpurii faţă de sex şi sexul opus, care, de asemenea, la rîndul lor, trebuie analizate.

Terminarea terapiei

Cuplul este pregătit de la început pentru terminarea terapiei, în sensul că se precizează de la început durata aproximativă a tratamentului. Spre sfîrşitul tratamentului se măreşte intervalul dintre şedinţe (la 2-3 săptămîni).

Pregătirea cuplului pentru posibile probleme viitoare. Partenerii sînt învăţaţi că o bună comunicare, o atitudine de acceptare şi înţelegere reciprocă, dar şi reluarea unora din exerciţiile iniţiale îi pot ajuta pe parteneri să depăşească problemele ce ar putea apărea pe parcurs

Capitolul 14

Psihoterapia cognitivă în stare de hipnoză

Thomas Down (1993) subliniază faptul că terapia cognitivă, deşi de dată relativ recentă, a realizat progrese însemnate, devenind astăzi cea mai populară tehnică terapeutică. Iniţiatorii terapiei cognitive au fost Beck, Ellis şi Meichenbaum (citaţi de Down, 1993, p. 215), care au pus la punct un sistem de modificare a modelelor negative de gîndire ce stau la baza unor tulburări emoţionale.

Beck (1976) vorbea despre rolul gîndurilor automate dezadaptative în geneza tulburărilor psihice. Ellis (1977) le denumea gînduri iraţionale, în timp ce Meichenbaum (1977) punea accentul pe importanţa dialogului interior cu conţinut negativ, dialog ce produce tulburări emoţionale. Toate cele trei modele de terapie cognitivă se sprijină pe următoarele ipoteze (Down, 1993, p. 215):

1. Tulburările emoţionale au la bază un set de gînduri cu conţinut negativ, gînduri ce se referă la abilităţile, valoarea sau activităţile persoanei.

Deşi este eronat să afirmăm că aceste gînduri negative produc în mod direct tulburări psihice, ele interacţionează în aşa fel cu evenimentele ambianţei încît determină, împreună cu acestea, apariţia unor emoţii negative şi a unor comportamente dezadaptative. Astfel, prezenţa în antecedente a unui

model negativ de gîndire poate predispune subiectul la apariţia unor simptome nevrotice în condiţii de stres. În absenţa factorilor stresanţi, indivizii respectivi pot să funcţioneze sub aspect psihologic.

2. Modelele negative de gîndire nu au un caracter istoric, în sensul că ceea ce contează este ceea ce-şi spune individul în momentul în care se confruntă cu o situaţie psihotraumatizantă. Din acest motiv, se presupune că dacă aceste modele disfuncţionale de gîndire vor fi corectate, problemele emoţionale se vor reduce.

3. Modificarea stilului negativ de gîndire se realizează prin metode cognitive, cum ar fi contraargumentarea (Ellis), strîngerea de dovezi împotriva lor (Beck) sau dezvoltarea unor strategii adaptative de concentrare a acestora (Meichenbaum).

Rezultatul acestor procedee constă în înlocuirea cogniţiilor negative cu gînduri alternative mai raţionale.

4. Specialiştii în terapie cognitivă pornesc de la prezumţia tacită că modelele de gîndire negativă sînt mai mult sau mai puţin accesibile conştiinţei, sarcina terapeutului constînd în a-l ajuta pe client să le identifice, să le combată prin intermediul contraargumentării şi apoi să le corecteze.

Abordarea cognitiv-evoluţionistă se delimitează într-o oarecare măsură de ipotezele menţionate mai sus prin aceea că subliniază aspectul evolutiv al activităţilor cognitive, care sînt elaborate şi structurate progresiv în timpul interacţiunilor dintre individ şi mediu, mai ales a interacţiunilor pe care subiectul le are de-a lungul vieţii sale cu alte persoane (Guidano şi Liotti, 1983).

Aceste interacţiuni se cristalizează sub forma unor supoziţii sau „reguli" care vor ghida subiectul în timpul contactelor sale sociale viitoare. Mai precis, oamenii achiziţionează informaţii despre ei înşişi în urma interacţiunilor cu ceilalţi, informaţii ce vor sta la baza cunoaşterii şi imaginii de sine.

Supoziţiile la care ne-am referit reprezintă în acelaşi timp o cauză şi un rezultat al modului în care individul interacţionează cu alţi oameni. Abordarea cognitiv-evoluţionistă realizează şi distincţia dintre cunoştinţele şi convingerile tacite şi cele explicite cu privire la propria persoană şi la lumea înconjurătoare (Guidano şi Liotti, 1983). Cunoştinţele implicite se achiziţionează înaintea formării structurilor lingvistice şi din acest motiv declanşarea lor nu se realizează prin mecanisme verbale, ci prin intermediul imaginilor şi stărilor emoţionale (Guidano, 1987). Este evident faptul că aceste cogniţii sînt de natură conştientă (Tataryn, Nadel şi Jacobs, 1989).

Cunoştinţele explicite se achiziţionează prin intermediul unor structuri verbale şi pot fi modificate tot prin metode psihoterapeutice de tip verbal. Cele două modalităţi de formare a cogniţiilor se află în continuă interacţiune şi interdependenţă de-a lungul întregii existenţe a individului. Consecinţa care se desprinde în plan psihoterapeutic este aceea că rezistenţele subiecţilor la schimbare prin intermediul tehnicilor cognitive nu reprezintă o consecinţă a lipsei de implicare sau a insuficientei tenacităţi a acestora, ci mecanisme defensive de natură inconştientă (Mahoney, 1988).

Modificarea bruscă şi esenţială a constructelor cognitive bazale implicite poate fi anxiogenă pentru că ameninţă identitatea personală şi sistemul de semnificaţii al individului (Down şi Seibel, 1990; Liotti, 1987).

Datorită faptului că aceste convingeri de bază ţin de mecanismele cognitive implicite, acestea sînt greu de modificat prin intermediul psihoterapiei.

Spre deosebire de acestea, gîndurile negative explicite pot fi restructurate prin intermediul unor tehnici psihoterapeutice verbale.

Hipnoza, operînd cu imagini şi afecte, permite psihoterapeutului accesul la cogniţiile de natură inconştientă care stau la baza convingerilor disfuncţionale profunde. Marcuse

(1959) subliniază faptul că hipnoza este o stare modificată a organismului produsă prin repetarea unor stimuli şi în care sugestia este mai eficientă decît de obicei.

Majoritatea specialiştilor definesc hipnoza ca o stare indusă, de regulă în mod artificial, asemănătoare cu somnul, dar în acelaşi timp diferită de acesta din punct de vedere fiziologic, stare caracterizată prin sugestibilitate crescută, prin care pot fi induse subiectului, mai uşor decît în stare normală, o serie de modificări senzoriale, perceptive, mnezice şi motorii (după Weitzenhoffer, 1963).

Prin hipnoză se realizează deci o stare de hipersugestibilitate selectivă produsă subiectului prin anumite proceduri specifice, de natură fiziologică sau/şi psihologică de către o altă persoană (hipnotizator) sau de către subiectul însuşi (în cazul autohipnozei). În timpul hipnozei pot fi induse o serie de modificări spectaculoase ale proceselor psihice şi ale comportamentului, modificări ce pot îmbrăca aspecte pozitive sau negative în funcţie de conţinutul sugestiilor administrate (Gheorghiu, 1977). Rezistenţele care apar atunci cînd terapeutul atacă schemele implicite de gîndire distorsionată care stau la baza tulburărilor emoţionale se dau la o parte în timpul transei hipnotice. Sugestiile indirecte, concentrarea perceptiv-cognitivă din timpul hipnozei cresc probabilitatea obţinerii unor schimbări psihologice mai profunde.

Putem afirma faptul că hipnoza este utilă atît în ceea ce priveşte accesarea, cît şi modificarea convingerilor disfuncţionale profunde.

Restructurarea cognitivă prin intermediul hipnozei

Iniţial, restructurarea cognitivă se referă la înlocuirea afirmaţiilor cu conţinut negativ, exprimate în limbaj interior şi informaţii mai realiste şi mai raţionale, şi era realizată în

stare de veghe. Astfel, de pildă, gîndurile negative de genul: „sînt lipsite de speranţă; nu mă voi putea schimba niciodată; eu nu fac nimic cum trebuie" pot fi relativ uşor înlocuite cu gînduri de tipul: „eu am făcut multe lucruri bine înainte de a fi deprimat şi voi putea să fac acest lucru şi în continuare".

Eficienţa terapiei creşte foarte mult dacă aceste gînduri alternative vor fi prezentate subiectului în stare de transă hipnotică.

Pentru a realiza restructurarea cognitivă a gîndurilor negative cu caracter situaţional, terapeutul va trebui să-l ajute pe pacient să identifice afirmaţiile în limbaj interior cu conţinut negativ. Acesta va trebui să identifice distorsionările cognitive care se întîlnesc în aceste afirmaţii, utilizînd lista celor 10 distorsionări cognitive propuse de Burns (1993). Prezentăm mai jos cele zece forme de gîndire distorsionată (Burns, 1989, p. 8-9):

1. Stilul de gîndire de tipul „totul sau nimic"	Reprezintă tendinţa de a aprecia lucrurile în culori extreme: alb-negru. Dacă un anumit lucru nu a fost realizat perfect, acesta va fi considerat un eşec. Astfel, o tînără care face cură de slăbire şi mănîncă o linguriţă de îngheţată îşi spune: „dieta mea este total compromisă". Gîndul negativ o supără atît de mult încît pînă la urmă mănîncă toată cutia cu îngheţată.
2. Suprageneralizarea	Subiectul consideră un eveniment negativ singular ca reprezentînd un model care se va repeta la nesfîrşit, utilizînd termeni ca „întotdeauna", „niciodată". De exemplu, tînărul

părăsit de iubită îşi va spune: „niciodată nu-mi voi mai găsi o prietenă".

3. Filtrarea mentală cu concentrare asupra negativului

Subiectul alege un singur eveniment negativ şi se concentrează atît de puternic asupra acestuia încît întreaga realitate devine deformată şi întunecată. Astfel, dacă un autor a primit mai multe comentarii elogioase referitoare la cartea sa, dar unul singur este negativ, autorul va fi obsedat zile în şir doar de respectivul comentariu critic.

4. Desconsiderarea pozitivului

Persoana respinge toate experienţele pozitive, afirmînd că acestea nu contează. Astfel, dacă aceasta a realizat un lucru bun, îşi va spune fie că acel lucru nu este suficient de bun, fie că oricine altcineva ar fi procedat la fel.

5. Desprinderea unor concluzii pripite

Se referă la interpretarea negativă a unor situaţii atunci cînd nu există suficiente date care să stea la baza concluziilor trase. În această categorie se includ:

- Citirea gîndurilor: subiectul conchide în mod arbitrar că cineva îi este ostil, fără să verifice acest lucru.
- Ghicirea viitorului: subiectul prezice faptul că lucrurile vor lua o întorsătură negativă.

BCU IAŞI CETITEA

	Astfel, înainte de a da un examen, subiectul îşi spune: „voi cădea cu siguranţă la acest examen“.
6. Amplificarea	Subiectul exagerează importanţa problemelor sau defectelor sale, minimalizîndu-şi calităţile.
7. Judecata afectivă	Subiectul presupune că stările sale afective negative reflectă în mod adecvat realitatea. „Mi-e frică să zbor cu avionul. Asta înseamnă că este foarte periculos să călătoreşti cu avionul“ sau: „Mă simt inferior şi asta înseamnă că nu este nimic de capul meu“ etc.
8. Imperativele categorice	Individul îşi spune că lucrurile trebuie neapărat să fie aşa cum doreşte sau cum se aşteaptă el. Astfel, un student eminent îşi spune, după ce a dat un examen greu: „nu ar fi trebuit să fac atîtea greşeli“, iar o tînără, la rîndul ei, gîndeşte astfel: „el trebuie neapărat să mă iubească şi să se comporte aşa cum doresc eu“. Afirmaţiile de tipul „trebuie neapărat“ referitoare la propria persoană conduc la culpabilitate şi frustrare, în timp ce acelaşi tip de afirmaţii referitoare la ceilalţi sau la lumea înconjurătoare generează la supărare şi frustrare.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

„El nu ar fi trebuit să fie atît de încăpăţînat şi certăreţ".

9. Etichetarea

Reprezintă o formă extremă a tipului de gîndire „totul sau nimic". Astfel, în loc să-şi spună: „am făcut o greşeală", subiectul îşi adaugă o etichetă: „sunt un ratat".
Etichetarea reprezintă o modalitate iraţională de a gîndi, pentru că oamenii nu pot fi identificaţi în totalitate. Oamenii reprezintă fiinţe reale, în timp ce „rataţii", „frustraţii" sau „nebunii" nu sunt altceva decît abstracţiuni care produc mînie, anxietate, frustrare şi imagine de sine scăzută.
Etichetele negative pot fi aplicate şi altor persoane. Astfel, dacă cineva ne-a făcut o nedreptate, avem tendinţa de a-l cataloga drept un om rău.

10. Personalizarea şi blamarea

Personalizarea apare atunci cînd subiectul se simte responsabil pentru o situaţie pe care nu o are pe deplin sub control. Astfel, o soţie maltratată de soţ îşi poate spune: „dacă aş fi fost mai bună la pat, el nu m-ar mai bate".
Există însă şi persoane care procedează invers, blamînd pe alţii sau împrejurările pentru necazurile lor, ignorînd modul în care ei au contribuit la problemele respective.

BCU IAŞI / CETITEA BARY

„Motivul pentru care căsnicia mea merge atît de prost este că soţul meu este total iresponsabil". Blamarea altora nu dă rezultate bune, pentru că persoana blamată se va simţi transformată în „ţap ispăşitor" şi va avea tendinţa de a arunca înapoi vina asupra celui care a blamat-o.

Acelaşi autor propune mai multe metode de testare a validităţii gîndurilor negative şi apoi înlocuirea acestora cu gînduri alternative mai realiste.

Tehnici de modificare a tipului de gîndire
(Burns, 1989, p. 98)

1. Metoda celor trei coloane

Etapa întîi: Identificarea evenimentului perturbator.

Realizaţi o descriere sumară a problemei care vă macină: poate că un prieten v-a spus ceva neplăcut, sau s-a defectat ceva în apartament şi aveţi de plătit o sumă de bani, sau poate aţi primit o scrisoare care v-a supărat.

Cel mai important lucru este să realizaţi o descriere cît mai precisă, nu vagă. (De pildă, nu este util să scrieţi că viaţa este imposibilă.) Pentru ca problema să fie cît mai reală, ea trebuie să se petreacă într-un anumit loc şi într-o anumită perioadă a zilei.

Dacă vă simţiţi tot mai prost fără să ştiţi de ce, descrieţi pur şi simplu ce anume făceaţi atunci cînd v-aţi simţit aşa: „spălam vasele şi mă simţeam îngrozitor", „citeam o carte şi m-am simţit descurajată".

Etapa a doua: Notaţi stările afective negative pe care le trăiţi. Notaţi sentimentele şi emoţiile negative şi evaluaţi fiecare stare afectivă negativă pe o scală de la 1 la 100.

Utilizaţi termeni ca trist, frustrat, descurajat, „rănit", anxios, enervat, deprimat, vinovat etc.

Etapa a treia: Adresaţi-vă întrebări de tipul: „Care sînt gîndurile negative asociate cu stările afective disfuncţionale?"

„Ce îmi spun în gînd în situaţia care mă supără?"

De pildă, după o dispută cu şeful vă puteţi spune: „nu voi fi promovat niciodată" sau „totdeauna voi fi tratat într-un mod nedrept".

Notaţi gîndurile negative automate în coloana corespunzătoare din tabelul de mai jos şi apreciaţi printr-o cifră de la 0 la 100 cît de mult credeţi în ele. S-ar putea să descoperiţi, la o analiză mai atentă, cît de nerealiste sînt aceste gînduri şi atunci, probabil, vă veţi simţi mai bine.

Identificaţi apoi tipul de distorsionare cognitivă şi notaţi în coloana corespunzătoare.

Înlocuiţi apoi gîndurile automate iraţionale cu răspunsuri mai raţionale şi apreciaţi, pe aceeaşi scală de la 1 la 100, cît de mult credit acordaţi fiecărui gînd raţional, alternativ.

Etapa a patra: Concluziile evaluării.

După ce aţi dat replică raţională fiecărui gînd negativ automat, reevaluaţi încă o dată cît de mult mai credeţi în realitatea gîndurilor negative şi veţi constata că acestea şi-au pierdut din forţă şi că vă simţiţi mai bine.

În final, evaluaţi cu cît s-a ameliorat starea dumneavoastră afectivă.

Etapa I: Descrieţi evenimentul perturbator.

Etapa a II-a: Notaţi sentimentele negtive pe care le trăiţi în raport cu acesta şi evaluaţi intensitatea lor pe o scală de la 0 la 100.

Stare afectivă	Evaluare
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Etapa a cincea: Tehnica celor trei coloane.

Gînduri automate	*Distorsionări cognitive*	*Răspunsuri raţionale*
Notaţi gîndurile negative automate şi apreciaţi, pe o scală de la 1 la 100, cît de mult credeţi în ele.	Identificaţi distorsionarea cognitivă care stă la baza fiecărui gînd automat negativ.	Substituiţi fiecărui gînd negativ un gînd mai realist şi apreciaţi cît de mult credeţi în respectivul gînd (0-100).

Etapa a şasea: Reevaluaţi cît de mult credeţi acum în veridicitatea fiecărui gînd negativ automat (0-100).

Bifaţi în căsuţa care indică modul în care vă simţiţi acum:

- ❒ Nu mă simt mai bine.
- ❒ Mă simt ceva mai bine.
- ❒ Mă simt mult mai bine.
- ❒ Mă simt incomparabil mai bine.

În cazul în care vă simţiţi tot atît de supărat ca şi înainte, adresaţi-vă următoarele întrebări:

1. Oare am identificat corect evenimentul care mă deranjează?

Uneori nu reuşiţi să descoperiţi ce vă supără cu adevărat. Este posibil să-l descoperiţi dacă realizaţi o trecere în revistă a activităţilor pe care le-aţi desfăşurat în ultimele zile.

Descrieţi încă o dată ce anume s-a petrecut. Unde vă aflaţi? Cînd s-a petrecut evenimentul? Era implicată şi o altă persoană? Cine anume?

2. Doresc eu cu adevărat să-mi modific sentimentele legate de această situaţie?

Notaţi avantajele şi dezavantajele modificării trăirii afective.

3. Oare mi-am identificat în mod corect gîndurile negative automate?

4. Sînt gîndurile raţionale alternative valide şi suficient de convingătoare pentru a contracara gîndurile negative automate?

Gîndurile raţionale alternative nu trebuie numai să fie credibile şi realiste, ci şi să le anuleze în mod eficient pe cele negative. Doar atunci cînd ne vom convinge cu adevărat de faptul că gîndurile automate nu sînt reale ne vom simţi mai bine.

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu (Burns, 1989, p. 98).

Nick este un tînăr care suferă de teama de a avea relaţii apropiate cu sexul opus şi, din acest motiv, ori de cîte ori se simte nervos şi anxios vizionează filme porno sau are relaţii cu prostituate. Tînărul are, din acest motiv, o părere foarte proastă despre sine şi chiar gînduri suicidare.

„Sînt un nenorocit", „sînt un gunoi uman".

Care sînt distorsionările cognitive care apar aici?

Este vorba de suprageneralizare, pentru că Nick extinde o caracteristică a comportamentului său la ego-ul său, precum şi de etichetare (îşi ataşează o etichetă negativă).

Atunci cînd subiectul crede despre sine că este un nenorocit, el se autoconvinge de faptul că nu este vrednic de dragoste şi atunci nu face decît să continue să vizioneze filme porno şi să se culce cu prostituate, pentru că în felul acesta se poartă „un nenorocit". Mai mult, ruşinea şi imaginea de sine scăzută vor face ca subiectului nostru să-i fie şi mai greu să înceapă o relaţie cu o femeie pe care o respectă şi care îi place. Acestuia îi este teamă să riste să fie respins pentru că i se pare de neconceput ca cineva să-l iubească.

Dacă subiectul va începe să se autoaccepte, el va simţi într-o măsură mai mare că este demn de dragoste şi va găsi în el însuşi curajul de a risca „să se apropie de alţi oameni".

Atunci cînd identificăm o distorsionare cognitivă nu este neapărat necesar să fim hiperexacţi pentru că lista distorsionărilor cognitive elaborată de Burns (1989) are un caracter general şi poate să nu se potrivească în totalitate unei situaţii concrete. Ceea ce prezintă importanţă este să descoperim măcar una sau două distorsionări cognitive în fiecare gînd negativ automat. Acest lucru ne va ajuta să dezvoltăm un mod mai raţional de gîndire.

Să presupunem că cineva vă critică, vă supăraţi şi gîndiţi: „Nimic din ceea ce fac eu nu este bine. Nu sînt bun de nimic".

În acest caz, distorsionările cognitive sînt:

- gîndire de tip „totul sau nimic";
- suprageneralizare;
- filtrare mentală;
- desconsiderarea pozitivului;
- amplificare;
- logică afectivă;
- etichetare;
- personalizare.

2. Căutarea şi verificarea dovezilor

După ce subiectul notează gîndul negativ şi identifică distorsionarea care stă la baza acestuia, el trebuie să se întrebe care sînt dovezile că acest gînd este adevărat.

Mulţi oameni consideră că dacă ei se simt rău, lucrurile chiar merg prost, fără a verifica dacă acest lucru este adevărat. O dată cu examinarea atentă a faptelor, subiectul va începe să privească lucrurile din altă perspectivă.

Să examinăm, de pildă, gîndul: „Eu nu fac niciodată nimic bine. Sînt un ratat".

În acest caz, subiectul trebuie să-şi adreseze întrebări de genul următor: „Oare este adevărat că eu nu fac nimic bine, niciodată? Care ar fi lucrurile pe care le fac bine? Care sînt cele pe care nu le fac suficient de bine?"

În cazul că există un dram de adevăr în critica pe care şi-o adresează subiectul în cauză, acesta poate să înveţe ceva din ea şi să se perfecţioneze în spiritul respectului de sine.

3. Tehnica unui caz similar

Atunci cînd avem gînduri excesiv de autocritice, este bine să ne adresăm următoarea întrebare: „Oare ce sfat i-aş da unui prieten apropiat care seamănă mult cu mine şi are o problemă asemănătoare?"

Observaţiile clinice au evidenţiat faptul că mulţi oameni au tendinţa de a fi mult mai exigenţi cu propria persoană decît cu altcineva. Astfel, dacă facem o greşeală, avem tendinţa de a ne autoblama puternic, în schimb dacă un prieten face aceeaşi greşeală, vom reacţiona mult mai suportiv.

Întrebat fiind de ce procedează aşa, subiectul ar putea răspunde că are standarde mai ridicate faţă de propria persoană şi că aceste standarde îl ajută să realizeze lucrurile cît mai bine.

Terapeutul ar putea argumenta în continuare: „Tu îţi ridici ştacheta şi te străduieşti din toate puterile pentru a face lucrurile cît mai bine. Dar, oare nu doreşti ca şi prietenul tău să facă lucrurile perfect? Atunci de ce nu i te adresezi astfel: «Eşti un prost şi un incapabil! Nu vei fi niciodată în stare de nimic»".

Răspunsul subiectului va fi, de regulă, acesta: „Astfel de vorbe sînt nerealiste şi nu-l vor ajuta pe prieten să se comporte mai bine, ci, dimpotrivă, îl vor determina să devină deprimat şi să abandoneze ceea ce a început".

Apoi terapeutul îl va ajuta pe pacient să conştientizeze faptul că acest lucru este valabil şi pentru el, încurajîndu-l să-i

trateze pe toţi oamenii, inclusiv pe sine însuşi, după aceleaşi standarde.

4. Tehnica experimentală

În cazul în care apare un gînd negativ, subiectul poate fi învăţat să verifice sub forma unui mic experiment în ce măsură gîndul respectiv este adevărat.

O tînără femeie care suferea de depresie era convinsă că nici unul din prietenii ei nu o mai agreează. Drept consecinţă a acestor gînduri, ea a început să nu mai iasă din casă şi să nu mai răspundă la telefon. După un timp, prietenii au încetat să mai telefoneze şi ea s-a convins tot mai mult că nu este demnă de dragoste.

Astfel de situaţii apar frecvent atunci cînd cineva este supărat pe o altă persoană, prieten sau membru al familiei. În loc să soluţioneze conflictul, subiectul îl evită şi problema, în loc să dispară, se amplifică.

Pentru a experimenta în plan real trăirile pacientei, terapeutul i-a cerut acesteia să precizeze ce crede că s-ar întîmpla dacă ar telefona la 2-3 prieteni şi i-ar invita la masă. Pacienta a prezis că prietenii se vor scuza, spunînd că sînt mult prea ocupaţi. Terapeutul i-a solicitat pacientei să le telefoneze respectivilor prieteni pentru a obţine date reale. La următoarea şedinţă de psihoterapie pacienta s-a arătat surprinsă de faptul că prietenii au acceptat invitaţia şi şi-au exprimat bucuria de a o vedea, fapt ce contravenea gîndului negativ că nimeni nu o agreează.

5. Stilul de gîndire în nuanţe de cenuşiu

Pacientul este instruit să se întrebe dacă nu cumva gîndeşte de maniera „alb-negru", „totul sau nimic", stil de gîndire generator de anxietate, panică, mînie şi lipsă de speranţă.

Apoi acesta este invitat să evalueze situaţia conform unei scale de la 0 la 100. Astfel, de pildă, dacă sîntem convinşi că nimeni nu se agreează şi dacă am nota pe scala respectivă toate cunoştinţele şi prietenii, am constata că aceştia vor ocupa aproape tot spaţiul scalei, majoritatea situîndu-se undeva pe la mijloc – unii ne iubesc mult, alţii aşa şi aşa, iar alţii puţin sau deloc.

De asemenea, această metodă îi ajută pe subiecţii perfecţionişti să renunţe să se aprecieze fie ca pe nişte fiinţe fără greşeală, fie ca pe nişte indivizi care nu sînt buni de nimic. Convingîndu-se de faptul că performanţele sale sînt înalte, dar nu excepţionale, subiectul îşi va admite mai uşor greşelile şi va învăţa din ele, fără a-şi pierde autostima.

6. Metoda interviului

O modalitate de a evalua veridicitatea gîndurilor negative este să ne întrebăm dacă şi alţi oameni ar fi de părere că respectivul gînd este adevărat.

Un pacient suferea foarte mult atunci cînd se certa cu soţia sa pentru că el nutrea gîndul că cei ce iubesc nu trebuie să se certe niciodată.

Terapeutul i-a sugerat să intervieveze mai mulţi pacienţi care aveau mariaje fericite dacă se ceartă cu partenerele de viaţă. Pacientul a rămas surprins atunci cînd a aflat că în aproape toate situaţiile certurile erau ceva obişnuit.

7. Definirea termenilor (Metoda reducerii la absurd)

Persoana care se confruntă cu un gînd negativ este instruită să-şi adreseze întrebări de tipul: „Ce înţeleg eu oare prin aceasta?“, „Nu folosesc cumva etichetări vagi, lipsite de sens?“

Metoda este utilă mai ales în cazurile în care subiectul se etichetează ca „ratat", „un nimic", „o fiinţă care nu face doi bani" etc.

La o examinare mai atentă se constată că etichetările respective sînt lipsite de sens şi nu se potrivesc persoanei în cauză. Astfel, de pildă, cineva care a făcut o greşeală îşi poate spune: „sînt un prost".

Încercînd să definim noţiunea de „prost", ajungem la concluzia că este un „om care face o prostie". Continuînd raţionamentul, constatăm că această definiţie se potriveşte tuturor oamenilor, pentru că orice om a făcut măcar o dată în viaţă o prostie. Dacă subiectul ajunge la concluzia că toţi oamenii sînt proşti, atunci eticheta pe care şi-a pus-o acesta nu mai are semnificaţie, pentru că el nu se deosebeşte de alţi oameni.

Terapeutul îl ghidează pe pacient să persevereze în exerciţiile de logică.

Dacă pacientul înţelege prin noţiunea de „prost" o persoană care face prostii mai frecvent decî altele, se pune problema următoare: mai frecvent decît cine, mai frecvent decît ce procent din populaţie?

Subiectul poate argumenta că un prost este acela care face prostii mai frecvent decît jumătate din omenire.

O dată ajuns aici, pacientul intră într-o altă capcană logică pentru că el afirmă că jumătate din omenire, adică trei miliarde de oameni sînt proşti. Mai mult, el a realizat o împărţire arbitrară a oamenilor în „proşti" şi „deştepţi". Subiectul în cauză îşi poate imagina că se plimbă prin mulţime şi încearcă să identifice oamenii „proşti" şi pe cei „deştepţi". Oricît de mult ar încerca subiectul să definească noţiunea de „prost", el va ajunge la concluzii absurde, pentru că noţiunea de „prost" este o abstracţie, în sensul că în realitatea obiectivă se pot întîlni doar comportamente proşteşti.

Din acest motiv, este mult mai productiv ca persoana să se concentreze pe ceea ce face şi pe ceea ce are de făcut pentru a evalua, decît pe ceva ce ea consideră că este.

În cazul în care lucrurile nu merg cum trebuie, ar fi bine să ne întrebăm cum am putea să acţionăm diferit data viitoare.

8. Metoda semantică

Reprezintă o tehnică de combatere a afirmaţiilor categorice de tipul „trebuie".

Pacientul este instruit să substituie afirmaţiile categorice („trebuie neapărat") cu afirmaţii mai puţin încărcate afectiv, cum ar fi: „ar fi bine să"; „ar fi preferabil"; „ar fi de dorit". Astfel, în loc să-şi spună „trebuie neapărat să ţin o cură de slăbire", pacientul ar putea gîndi astfel: „aş obţine unele avantaje dacă aş ţine regim de slăbire". Aceste afirmaţii contribuie la modificarea coloraturii emoţionale a problemei, care devine mai puţin catastrofală.

Subiectul încetează să-şi mai adreseze cerinţe absolutiste şi absurde şi se concentrează mai ales asupra obiectivelor de viaţă.

Această metodă îl face pe subiect să nu-şi mai adreseze mereu remarci cu caracter autocritic.

În cazul în care subiectul se autopedepseşte afirmînd, de pildă, că nu ar trebui să se teamă să ia cuvîntul în public, acesta se va simţi şi mai rău, deoarece se va simţi vinovat şi anxios datorită faptului că a trăit o stare de anxietate.

Există şi afirmaţii de tipul „trebuie" care sînt îndreptate către evenimente externe sau către alte persoane. Astfel, dacă ne spunem că trenul „trebuie" să sosească la timp, simţim mînie şi frustrare, iar trenul tot va avea întîrziere. Ar fi mult mai util ca persoana în cauză să-şi spună: „Ar fi bine dacă trenul ar sosi la timp, dar el are întîrziere, ceea ce este neplăcut, dar cred că voi supravieţui".

9. Reatribuirea

Una dintre cele mai răspîndite distorsionări cognitive este „personalizarea" şi autoblamarea pentru diverse probleme de care persoana nu este responsabilă. Această distorsionare poate fi contracarată atribuind cauzele care au produs situaţia respectivă altor evenimente şi nu propriilor deficienţe. Subiectul este instruit să se întrebe ce alţi factori au mai contribuit la situaţia respectivă, în afară de greşelile sale.

Obiectivul metodei nu constă în a-l determina pe individ să-şi ignore posibilele erori, ci să evalueze mai obiectiv cauzele situaţiei create.

Un tînăr pacient a devenit depresiv în momentul în care a constatat că soţia sa şi-a pierdut interesul pentru relaţiile sexuale. „Ea nu mă mai iubeşte! Nu mai sînt bun de nimic!" erau gîndurile care îi declanşau dispoziţia depresivă. Terapeutul l-a învăţat pe pacient să analizeze mai atent situaţia şi să identifice şi alte cauze care ar fi putut produce scăderea interesului soţiei pentru sex, cum ar fi: o infecţie locală, o stare depresivă sau un deficit de comunicare deschisă dintre parteneri, soţia exprimîndu-şi supărarea în această manieră indirectă. O dată identificată cauza reală, pacientul va putea găsi şi soluţia adevată a problemei.

10. Analiza costurilor şi a beneficiilor

Această tehnică abordează gîndurile negative din perspectiva motivaţiei şi nu a veridicităţii respectivelor gînduri.

Subiectul va fi învăţat să se întrebe ce va avea de cîştigat şi ce va pierde dacă va menţine gîndul negativ.

Analiza costurilor şi a beneficiilor ajută la evaluarea avantajelor şi dezavantajelor stărilor afective patologice ale gîndurilor negative, precum şi a convingerilor disfuncţionale în legătură cu propria persoană, care îl demobilizează pe subiect.

Subiecţii doritori să se autoperfecţioneze trebuie să aplice în mod flexibil şi creativ tehnicile de combatere a gîndurilor negative, cunoscut fiind faptul că o tehnică poate da rezultate foarte bune într-o situaţie şi mai puţin bune în alta.

Următoarea etapă o reprezintă inducţia hipnotică. Pentru subiecţii cu hipnotizabilitate medie sau înaltă se utilizează tehnicile standard de inducţie, în timp ce pentru cei cu hipnotizabilitate slabă se recomandă inducţii hipnotice repetate sau se poate utiliza doar simpla relaxare cu sugestii ţintite.

Din fericire, restructurarea cognitivă a gîndurilor negative actuale, cu caracter situaţional, poate fi realizată şi într-o transă uşoară.

Terapeutul va verbaliza gîndurile negative, precum şi afirmaţiile alternative înlocuitoare şi apoi clientul va fi instruit să le repete cu voce tare. Ulterior, acestea vor fi prezentate subiectului în stare de transă hipnotică.

Procedura se încheie cu sarcina ca pacientul să repete în gînd afirmaţiile pozitive alternative şi în afara şedinţelor de psihoterapie, repetarea avînd loc în stare de relaxare.

Restructurarea structurilor cognitive de bază (convingerile cognitive).

Aşa cum am mai subliniat, acestea nu sînt accesibile clientului, ci doar terapeutului, care le poate extrage prin inferenţe, fiind din acest motiv mai greu de modificat.

Această tehnică constă în aceea că subiectul acceptă convingerile disfuncţionale şi urmăreşte unde duc ele, respectiv ce obstacole creează în calea autostimei, intimităţii şi productivităţii. La început, subiectul va identifica gîndurile negative în legătură cu o situaţie.

Să presupunem că un student aflat în sesiune gîndeşte astfel: „dacă nu voi învăţa mai mult, voi cădea la examen". Astfel de gînduri îl determină să devină supraîncordat şi să aibă dificultăţi de concentrare a atenţiei.

Subiectul este învăţat să analizeze din aproape în aproape consecinţele gîndului negativ în felul următor:

Gînd negativ automat	
1. Dacă nu învăţ mai mult, voi cădea la examen.	Dacă acest lucru ar fi adevărat, ce ar însemna asta pentru mine? De ce m-ar supăra acest lucru?
↓	
2. Dacă voi cădea la examen, nu voi promova anul de studiu.	Dacă nu promovez anul, de ce va fi atît de neplăcut pentru mine acest lucru?
↓	
3. Aceasta va însemna că sunt „un ratat", iar ceilalţi vor avea o părere proastă despre mine.	Şi dacă sunt „un ratat" şi ceilalţi au o părere proastă despre mine, de ce mă supără acest lucru?
↓	
4. Atunci mă voi simţi îngrozitor, pentru că am nevoie de aprobarea oamenilor pentru a mă simţi valoros şi fericit.	

După ce subiectul a notat cît mai multe gînduri negative, el este instruit să se întrebe: „Ce-mi spun aceste gînduri negative despre sistemul de norme şi valori?"; „Care sînt

convingerile mele de bază în legătură cu fericirea şi autostima?"

Urmează identificarea convingerilor tacite care stau în spatele gîndurilor negative.

În exemplul de mai sus, acestea sînt:

1. „Trebuie să am totdeauna succes pentru a fi o persoană valoroasă, iubită şi respectată de ceilalţi".
2. „Trebuie să obţin aprobarea tuturor pentru a mă considera o persoană valoroasă".
3. „Dacă eşuez în vreo acţiune, va fi o catastrofă".

Subiectul în cauză suferă de autostimă scăzută, avînd o teamă disperată de eşec, de a fi abandonat, precum şi o mare nevoie de aprobare.

O dată identificate convingerile disfuncţionale tacite, pacientul trebuie să-şi adreseze următoarele întrebări:

1. „Este în avantajul meu să nutresc astfel de convingeri?"; „Care sînt consecinţele pozitive şi negative ale acestor convingeri"?

2. „Este oare acest mod de gîndire realist?"; „Este convingerea mea disfuncţională adevărată?"

3. „Ce se va întîmpla dacă voi fi confruntat cu situaţia care îmi produce cea mai mare teamă?"; „Se va sfîrşi oare lumea dacă îmi voi schimba atitudinea?"

Se va aplica în continuare analiza costurilor şi a beneficiilor pentru a avalua fiecare convingere tacită, notîndu-se avantajele şi dezavantajele pe care le avem dacă o menţinem.

Tehnicile hipnotice ericksoniene sînt mult mai utile pentru abordarea acestor convingeri negative bazale, deoarece aceste tehnici au un caracter indirect, care nu activează rezistenţele subiectului, declanşează noi modalităţi de a percepe şi evalua situaţiile problematice, adesea fără ca persoana să-şi dea seama că i se sugerează ceva.

Prima sarcină a hipnoterapeutului este să identifice temele majore şi supoziţiile care formează structura cognitivă bazală

a subiectului şi acest lucru se realizează pe parcursul mai multor şedinţe de psihoterapie, în stare de veghe.

Urmează apoi inducţia hipnotică realizată în acest caz după metode indirecte (de pildă, după metoda conversaţională; Erickson şi Rossi, 1979). Terapeutul va ataca apoi convingerile negative de bază prin intermediul unor tehnici indirecte elaborate de Milton Erickson şi dezvoltate de discipolii săi.

Menţionăm cîteva dintre acestea:

- utilizarea metaforelor;
- utilizarea unor formulări care conţin nivele diferite de semnificaţie;
- recadrajul;
- sugestiile combinate;
- seturile de răspunsuri care facilitează acceptarea din partea subiectului etc.

Prezentări de caz (adaptate după Down, 1993)

1. Cazul „Marian"

Marian a solicitat asistenţă psihoterapeutică deoarece simţea anxietate şi teamă că nu va putea face faţă noului său loc de muncă.

Terapeutul l-a ajutat pe subiect să identifice cogniţiile negative legate de activitatea profesională, utilizînd metoda interviului şi solicitîndu-l pe acesta să-şi noteze gîndurile care îi veneau în minte atunci cînd se simţea nesigur:

1. Nu voi fi niciodată în stare să fac faţă acestui nou serviciu.

2. Am acceptat acest serviciu pentru a-mi ascunde incompetenţa.

3. Dacă voi pierde acest serviciu, nu voi mai găsi niciodată altul.

4. Soţia mă va părăsi dacă voi pierde serviciul.

În continuare, terapeutul îl va ghida pe pacient să elaboreze un set de gînduri alternative mai realiste:

1. Nu există nici un motiv să nu am succes la acest loc de muncă, deoarece am avut rezultate bune la toate celelalte locuri de muncă pe care le-am avut.

2. Mi-am luat acest serviciu deoarece am dat dovadă de competenţă şi la alte servicii.

3. Chiar dacă îmi voi pierde serviciul, am suficiente aptitudini pentru a-mi găsi un nou loc de muncă.

4. Soţia mea m-a susţinut în situaţii mult mai dificile decît pierderea serviciului şi cred că o va face şi acum.

Terapeutul a indus apoi transa prin intermediul fixării cu privirea şi prin sugerarea relaxării musculare.

Pacientul s-a dovedit capabil să intre într-o transă moderată şi terapeutul i-a adminstrat următorul instructaj:

„Te-ai autohipnotizat permanent prin gîndurile negative pe care le-ai avut. A venit momentul să te autohipnotizezi cu ajutorul unor gînduri pozitive. Aşa cum ţi-am mai explicat, orice hipnoză este de fapt o autohipnoză, aşa că vei putea face ceea ce te voi învăţa eu...

Repetă-ţi în gînd: «Am avut succes la toate locurile de muncă pe care le-am avut înainte şi de aceea nu există nici un motiv pentru care să nu am succes şi la acest serviciu.» E bine aşa! Acum spune-ţi: «M-am dovedit competent în toate celalalte locuri de muncă şi de aceea l-am ales pe acesta.» Este foarte bine aşa! Acum spune-ţi în gînd: «Chiar dacă voi pierde locul de muncă, am suficiente aptitudini pentru a-mi găsi un altul.» Foarte bine! Acum spune-ţi: «Soţia şi-a manifestat loialitatea faţă de mine în numeroase situaţii în care mi-a fost alături şi sînt sigur că o va face şi acum.» E bine aşa!... Observă acum cît de bine te simţi după ce ţi-ai spus aceste lucruri. Observă cît de calm, liniştit şi destins te simţi... Poţi regăsi aceste sentimente ori de cîte ori doreşti, intrînd în transă şi spunîndu-ţi aceleaşi lucruri pe care ţi le-ai spus înainte. Lasă gîndurile pozitive să se dezvolte liniştit în mintea ta."

Terapeutul a aplicat metoda menţionată pe parcursul mai multor şedinţe de psihoterapie şi apoi subiectul a fost instruit să lucreze singur acasă. După un timp relativ scurt, s-a constatat reducerea anxietăţii legate de serviciu şi creşterea randamentului în activitate.

Subliniem faptul vă sugestiile hipnotice trebuie construite pentru fiecare caz în parte, pe baza obţinerii unor informaţii de la subiectul aflat în stare de veghe, deşi inducţia hipnotică sau relaxarea poate fi începută încă de la prima şedinţă.

Restructurarea convingerilor negative bazale

2. Cazul „Ioana"

Ioana s-a prezentat la psihoterapie pentru o puternică fobie de întuneric. Pacienta a mai făcut psihoterapie şi pentru alte simptome care s-au rezolvat, teama de întuneric însă continuînd să persiste. Acest lucru o deranja pe pacientă pentru că îi era frică să stea singură în casă noaptea sau să meargă pe stradă seara.

După două şedinţe de terapie, terapeutul a ajuns la concluzia că Ioana avea o nevoie puternică de a se controla pe ea însăşi şi situaţiile în care se găsea, fapt ce a subminat alianţa terapeutică şi a făcut-o să fie rezistentă la intervenţiile terapeutice.

Convingerea profundă conform căreia dacă nu ai totul sub control lucrurile vor merge foarte prost este răspîndită la un număr mare de persoane aparţinînd culturii occidentale.

Bazîndu-se pe această observaţie, autorul a decis că această convingere a stat la baza multor probleme pe care le-a avut pacienta şi a trecut la inducţia hipnotică pentru a accesa acest nivel de natură inconştientă.

A fost utilizată tehnica levitaţiei braţului şi pacienta s-a dovedit a fi un excelent subiect pentru hipnoză. Instructajul adminstrat în stare de transă a fost construit pe baza modului în

care a reacţionat pacienta pe parcursul mai multor şedinţe de hipnoză.

„Ai învăţat multe lucruri (în cursul altor şedinţe de hipnoză) despre tine şi despre relaţia ta cu ceilalţi. Acum poţi, dacă doreşti, să afli mai multe lucruri despre teama ta de întuneric şi despre alte probleme (invitaţie să se relaxeze, să se lase absorbită de sugestii şi să procedeze la explorări cognitive). A fost foarte important să-ţi păstrezi controlul, a fost important, nu-i aşa? (invitaţie de a răspunde afirmativ). Este important să menţii controlul şi acum; autocontrolul este bun în multe situaţii, nu-i aşa? (sugerarea răspunsului afirmativ). Dar poate că ai învăţat şi că autocontrolul nu este întotdeauna bun (truism: puţine lucruri sînt totdeauna bune). Poate ţi-ai dorit să te relaxezi, să te eliberezi de sub control... Şi poate că ai descoperit un lucru foarte important (trezirea curiozităţii; focalizarea atenţiei) că numai oamenii care sînt cu adevărat controlaţi îşi pot permite să suspende în mod temporar autocontrolul. Astfel, cu cît vei fi mai controlată, cu atît te vei simţi mai bine, renunţînd temporar la autocontrol..., ştiind că îl vei putea recăpăta atunci cînd vei dori (instrucţiune paradoxală). Te relaxezi menţinîndu-ţi autocontrolul şi renunţînd la acesta într-un plan mai profund, atîta timp cît te simţi bine. Tu ştii că poţi să-ţi recîştigi controlul atunci cînd doreşti acest lucru. Te laşi în voia relaxării aici şi acum, ştiind că poţi ieşi din transă oricînd doreşti. Dar nu doreşti s-o faci acum, nu-i aşa? Vei putea regăsi această stare oricînd doreşti, relaxîndu-te şi lăsîndu-te purtată de o stare de destindere, pace şi fericire. Pe măsură ce practici relaxarea şi te laşi dusă, Ioana, tu vei trăi o relaxare tot mai profundă şi vei renunţa la autocontrol. Cu cît eşti mai controlată, cu atît îţi poţi permite să renunţi la autocontrol o perioadă mai lungă. Astfel, vei putea învăţa mai multe lucruri despre tine."

Acest instructaj a fost repetat pe parcursul mai multor şedinţe de psihoterapie.

Apoi, terapeutul a continuat astfel: „Acum imaginează-ţi că te plimbi noaptea într-o zonă luminată. Pe măsură ce te cuprinde teama, îţi dai voie să aluneci în relaxare, să te cufunzi tot mai mult în relaxare...

E bine aşa. Acum îţi imaginezi că eşti singură în casă noaptea. Pe măsură ce te cuprinde teama, îţi dai voie să te cufunzi în relaxare. E bine aşa. Te vei relaxa şi vei suspenda autocontrolul atunci cînd te simţi speriată, totdeauna pentru a fi perfect controlată..., ştiind că poţi obţine autocontrolul relaxîndu-te, pentru că numai astfel poţi să-ţi stăpîneşti reacţiile. Pe măsură ce te relaxezi tot mai mult, îţi sporeşti tot mai mult autocontrolul. Nu trebuie să faci nimic (se introduce ideea obţinerii autocontrolului fără ca subiectul să caute să-l obţină). De fiecare dată cînd simţi teamă atunci cînd te afli în întuneric îţi sporeşti autocontrolul relaxîndu-te şi lăsîndu-te în voia stării plăcute de destindere şi pace".

Terapeutul a sugerat apoi amnezia posthipnotică şi i-a trasat pacientei sarcina să se relaxeze atunci cînd simte teamă. După cîteva săptămîni de psihoterapie, teama de întuneric a pacientei a dispărut complet.

BCU IAŞI / CENTRU VECHI / LIBRARY

Capitolul 15

*Eliminarea comportamentului de eşec prin intermediul terapiei cognitiv-comportamentale**

În cele ce urmează ne-am propus să prezentăm un model de terapie cognitiv-comportamentală adaptat după Chamberlain (1978) în scopul eliminării comportamentului de eşec.

Autorul porneşte de la ideea că toate comportamentele de eşec îşi au originea în trăirile anxioase ale subiecţilor şi sînt atît de strîns legate de mecanismele acestora, încît individul are impresia că nu ar putea face faţă existenţei în absenţa respectivelor comportamente cu caracter dezadaptativ.

Atunci cînd au fost puse în acţiune, comportamentele de eşec păreau singura soluţie logică de a înfrunta unele situaţii deosebit de stresante. Ulterior, acestea au fost fixate şi s-au cristalizat sub forma unor modele comportamentale care conduc la eşec, deoarece subiectul nu a putut suporta intensitatea anxietăţii potenţiale care s-ar fi putut declanşa în condiţiile în care acesta nu ar fi făcut apel la comportamentul dezadaptativ dinainte fixat.

Comportamentele de eşec nu-şi mai găsesc utilitatea în prezent, ele apărînd ca un fel de „cîrje" de care individul se ajută pentru a face faţă dificultăţilor vieţii, acesta putînd fi învăţat că preţul pe care îl plăteşte pentru menţinerea com-

---

* Capitol realizat în colaborare cu Diana Ioaneş

portamentului de eşec este mult prea mare atît sub aspect emoţional şi comportamental, cît şi sub aspectul eficienţei în activitate.

Comportamentele de eşec îşi găsesc explicaţia în formarea unor convingeri negative ferme cu privire la propria persoană, pe baza unor afirmaţii întîmplătoare, realizate în copilăria subiectului de către alte persoane, în situaţii stresante, afirmaţii care se cristalizează creînd o imagine de sine negativă şi eronată.

Percepţiile eronate şi gîndurile negative sînt reţinute de copil atunci cînd acesta este lipsit de dragostea şi buna comunicare cu persoanele semnificative din aturajul său. Comunicarea autentică este denaturată sau lipseşte în momentele în care părinţii sau educatorii sînt ocupaţi, supăraţi sau nepăsători. În momentele stresante oamenii tind adesea să spună lucruri neplăcute copiilor lor, iar aceste afirmaţii cu caracter destructiv se stochează şi rămîn neschimbate în mintea subiectului sub forma unor gînduri negative disfuncţionale cu privire la propria persoană, gînduri care blochează manifestarea disponibilităţilor psihologice reale.

Etichetele negative vor determina modul în care subiectul se va raporta şi va interpreta viitoarele situaţii de viaţă şi este nevoie de suficientă maturitate afectivă pentru ca acesta să înţeleagă faptul că respectiva etichetă nu-l reprezintă cu adevărat ca persoană.

Un rol important în formarea comportamentelor de eşec îl joacă şi ceea ce îşi spune individul lui însuşi atunci cînd s-a confruntat cu o situaţie psihotraumatizantă pe care nu a reuşit să o rezolve, o parte a respectivelor comportamente reprezentînd concluzii eronate referitoare la un eveniment care s-a petrecut deja. Astfel, de pildă, un adolescent care a invitat pentru prima oară o fată la dans şi a fost refuzat de aceasta îşi va spune: sînt lipsit de valoare şi niciodată nu-mi voi putea găsi o prietenă. Respectivele concluzii eronate vor

deveni un fel de filtru de gîndire negativă, prin intermediul căruia individul se va percepe pe sine şi pe ceilalţi, lumea exterioară şi viitoarele situaţii cu care va fi confruntat.

Obiectivul psihoterapiei cognitiv-comportamentale propuse de Chamberlain (1975) constă în conştientizarea grilelor de gîndire negativă care conduc la comportamentele de eşec şi substituirea lor cu gînduri pozitive alternative, care să genereze comportamente eficiente.

Aşa cum am subliniat mai sus, obiectivul pe care s-a centrat acest capitol îl constituie eliminarea unui program terapeutic de tip cognitiv-comportamental, adaptat după Johnathan M. Chamberlain. Acest program terapeutic, care are ca principiu modificarea comportamentală, are la origine teoriile ştiinţifice din psihologie şi consiliere elaborate de Berne (1961), Piaget (1961), Rogers (1961), Maslow (1968), Ellis (1973).

Programul poate fi adaptat oricărei persoane nepsihotice şi cuprinde 7 etape sau paşi pe care trebuie să-i urmeze psihoterapia:

Pasul nr. 1

Subiectul trebuie să răspundă la întrebarea:

„Cum îmi elaborez eu comportamentele de eşec? Pentru a realiza acest lucru, subiectul trebuie să îndeplinească următoarele obiective:

- să determine cu precizie comportamentul de eşec pe care doreşte să-l elimine;
- să ţină o agendă în care să noteze gîndurile, sentimentele şi acţiunile referitoare la comportamentul de eşec;
- să elaboreze o listă a căilor prin intermediul cărora se pune în acţiune comportamentul dezadaptativ;
- să realizeze o critică a acestor căi şi modalităţi de menţinere a comportamentului de eşec, pe baza celor notate în agendă.

Pasul nr. 2

Obiective:

• stabilirea unei „etichete" negative pentru comportamentul de eşec şi apoi schimbarea acesteia cu una pozitivă;

• notarea modalităţilor prin care subiectul refuză să recunoască propria responsabilitate pentru producerea şi menţinerea comportamentului de eşec.

Pentru a îndeplini aceste obiective, pacientul trebuie să noteze în continuare în agenda sa gînduţile, sentimentele şi acţiunile legate de comportamentul de eşec, precum şi cele legate de modul în care el realizează etichetările şi blamările.

Pasul nr. 3

Obiective:

• Stabilirea „preţurilor" sau „costurilor" pe care trebuie să le plătească subiectul datorită comportamentului de eşec;

• Identificarea aspectelor pozitive care ar apărea dacă nu ar exista comportamentul de eşec;

• Identificarea modului în care subiectul minimalizează „costurile" comportamentului de eşec, precum şi a modului în care acesta îi perturbă existenţa;

• Aprecierea măsurii în care subiectul îşi poate permite să suporte „costurile" respective.

Atingerea obiectivelor se realizează prin intermediul notării în agendă a răspunsurilor la întrebările legate de „costurile" comportamentului de eşec, precum şi prin adresarea de critici referitoare la faptul că subiectul „îşi permite" să plătească preţuri atît de mari pentru comportamente dezadaptative.

Pasul nr. 4

Obiective:

• Identificarea opţiunilor interne şi a factorilor externi care conduc la menţinerea comportamentului de eşec;

• Identificarea soluţiilor pentru a renunţa la acesta;

• Preluarea controlului asupra comportamentului de eşec.

Subiectul notează, comentează şi critică opţiunile respective şi aceasta reprezintă un prim pas pe linia autocontrolului.

Pasul nr. 5

Obiective:

• Identificarea modelelor negative de gîndire care stau la baza comportamentelor dezadaptative;

• Identificarea unor modele alternative de gîndire pozitivă care să conducă la abandonarea comportamentului de eşec.

Pasul nr. 6

Obiective:

• Identificarea anxietăţilor şi temerilor pe care le resimte subiectul în absenţa comportamentului de eşec;

• Recunoaşterea faptului că temerile respective sînt nefondate;

• Indicarea beneficiilor obţinute în urma abandonării comportamentului de eşec.

Pasul nr. 7

Obiective:

• Identificarea „barierei psihologice" care împiedică subiectul să evolueze în direcţia unui comportament sănătos;

• Identificarea faptului că subiectul nu mai are nevoie de comportamentul de eşec pentru a face faţă problemelor vieţii;

• Abandonarea gîndurilor negative legate de imaginea de sine;

• Vizualizarea propriei persoane, prin intermediul tehnicii „imaginaţiei dirijate", înfruntînd viaţa în absenţa comportamentului de eşec.

Prezentăm, în cele ce urmează, un caz la care a fost aplicată psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru eliminarea comportamentului de eşec.

D.V. studentă, 23 ani, provine dintr-un cadru familial tensionat; mai are o soră mai mare; în prezent nu are o relaţie psihosexuală, relaţiile cu sexul opus fiind de scurtă durată şi nu foarte profunde. Este o persoană extrem de sociabilă, deschisă, spontană, plină de haz, avînd foarte mulţi prieteni. Normală din punct de vedere psihic. Nu urmează nici un tratament medicamentos.

Comportamentul de eşec al subiectului este de tip impulsiv, necontrolat. În urma interviului am obţinut următoarele aspecte referitoare la comportamentul de eşec al subiectului: a început să se manifeste în vara anului 1994 la mare, cînd era în vacanţă; se simţea foarte bine şi-şi permitea să facă orice, să mănînce cît dorea, să bea, să doarmă la orice oră din zi.

Ca factor predispozanţi subiectul menţionează ereditatea (bunicul, mătuşile, mama). Acest comportament se manifestă foarte frecvent, toată ziua, atît acasă, cît şi în vizită, atît cu persoanele apropiate, cît şi cînd este singură şi apoi ori de cîte ori există mîncare în jur. Mănîncă chiar şi atunci cînd nu îi este foame, vrînd să se simtă altfel decît ceilalţi mănîncă mai ales atunci cînd este supărată. Evită să se cîntărească tocmai pentru a nu se indispune. A început mai multe cure de slăbire, dar n-a dus la capăt nici una. Se simte foarte vinovată, incapabilă, avînd sentimente de inferioritate din această cauză. Uneori cînd mănîncă se simte bine, savurează mîncarea, dar în acelaşi timp se simte şi vinovată.

În continuare vom prezenta paşii terapiei.

Paşii nr. 1 şi 2

Subiectul face distincţie între afirmaţia „Eu mănînc des şi mult" şi „Eu decid cînd să mănînc, cît să mănînc, cum să mănînc şi ce anume" şi conştientizează faptul că mîncatul

excesiv reprezintă un comportament nevrotic, menit să mascheze o stare de disconfort psihic.

Aceşti paşi au rolul de a-l face pe subiect să conştientizeze posibilitatea controlului asupra propriului comportament.

Pasul nr. 3

– Lista întocmită de subiect cu preţurile plătite pentru comportamentul respectiv;

– Lista cu căile de minimizare a preţului;

– Lista cu lucrurile pozitive pierdute prin menţinerea acestui comportament de eşec.

Lista cu preţurile plătite:

– Supragreutate;

– Deformări corporale;

– Imagine de sine proastă;

– Sentimente de frustrare;

– Sentimente de inferioritate;

– Sentimente de respingere din partea celorlalţi;

– Îngrijorare, disperare;

– Lipsa unei relaţii stabile;

– Ruşinea în legătură cu aspectul fizic.

Lista cu minimizarea preţului plătit pentru a face apel din nou la acest comportament:

– E bună chiar şi greutatea actuală, important este să nu mai adauge;

– O să-şi găsească liniştea prin alte metode, nu este chiar atît de inferioară; Sînt altele mai rău ca ea;

– Ea nu doreşte o relaţie cu un tînăr;

– Noroc că este o fată deşteaptă şi simpatică.

Lista cu lucrurile pozitive pierdute prin promovarea acestui comportament:

– Greutate normală;

– Aspect fizic mai plăcut;

– Imagine de sine pozitivă;

– Liniște sufletească, mulțumire de sine;
– Ușurință în mișcări;
– Naturalețe, dezinhibare;
– Posibilitatea de a înlocui unele tipuri de îmbrăcăminte.

Pasul nr. 4

Alegerile interne și externe la care subiectul recurge pentru a executa acel comportament dezadaptativ: mîncat compulsiv. Prezentăm un exemplu de alegere externă și internă la care a recurs pentru a executa comportamentul de eșec.

Alegerea externă: să iasă cu sora ei să se plimbe, poate chiar să meargă la McDonalds, să mai stea de vorbă și să bea doar un suc.

Alegerea internă: dorința ei era să mănînce înghețată (înghețata îi place foarte mult, mai ales cea de la McDonalds).

Variantele ce puteau fi alese: fie să meargă la plimbare, fie să nu meargă la McDonalds sau, chiar dacă a mers, să nu mănînce înghețată.

Pasul nr. 5

Tehnici de gîndire negativă utilizate de subiect pentru a activa declanșarea comportamentului de eșec:

– anxietate, descurajare;
– compararea cu alții;
– nerăbdarea;
– exagerarea unui adevăr;
– evitarea de a se îngriji de propriul ei corp, pentru a se convinge că nu are nevoie de ajutor;
– imaginarea a ceea ce gîndesc și alții despre ea fără a încerca să verifice realitatea.

Tehnici pozitive pe care le-ar putea utiliza pentru a merge pe calea eliminării comportamentului de eșec:

– să îşi facă noi prieteni care să nu-i întărească comportamentul de eşec;

– să nu lase comportamentul de eşec al altora să devină al ei şi nici să nu îşi asume responsabilitatea pentru el;

– să împărtăţească cu alţii schimbările pe care le face pentru ca ei să o ajute şi să o susţină în direcţia autoperfecţionării;

– să facă lucruri folositoare pentru alţii pentru a se centra pe alţii şi nu pe sine, pe exterior şi nu pe interior.

Pasul nr. 6

Fricile pe care subiectul ar putea să le înfrunte renunţînd la comportamentul de eşec:

– Frica cea mai mare este că după programul terapeutic va relua comportamentul de eşec;

– Cu toate că renunţă la comportamentul de eşec, nu va slăbi;

– Chiar dacă va renunţa la acest comportament de eşec, va descoperi un altul (mai nou sau mai vechi).

Pasul nr. 7

Şedinţa de imaginaţie dirijată.

Subiectul a vizualizat bariera care o împiedica să elimine comportamentul de eşec. Bariera şi-a imaginat-o sub forma unui zid gri, înalt, gros de o palmă, zid pe care l-a spart în bucăţele cu un ciocan mare. Dincolo de barieră s-a perceput ca arătînd cum era înainte (avînd greutate normală) şi a căpătat foarte multă încredere că va reuşi să renunţe la comportamentul de eşec. I-a fost destul de dificil să se imagineze totuşi ca avînd o greutate normală pentru înălţimea ei.

Psihoterapia a fost încununată de succes, aceasta concretizîndu-se în reducerea anxietăţii, a dispoziţiei depresive şi în scăderea ponderală cu 5 kg în două săptămîni.

Rezultatele testelor psihometrice relevă următoarele niveluri ale indicatorilor stării psihice:

– anxietatea ca stare: înaintea începerii terapiei = 43 (media grupului 57-2); postterapie = 26 (media grupului 47-1).

– depresia: înaintea începerii terapiei = 12 (nivel uşor de depresie); postterapie = 6 (stare normală, nedepresivă).

În încheiere, subliniem încă o dată faptul că psihoterapiile care au ca element central combaterea gîndurilor negative disfuncţionale au avantajul că sînt relativ scurte, se desfăşoară după planuri şi programe precis elaborate, fapt ce uşurează instruirea psihoterapeuţilor, şi se aplică atît în tratamentul unor afecţiuni psihice şi psihosomatice, cît şi în rezolvarea unor probleme de viaţă, conducînd la o mai bună autoreglare a stărilor psihice şi la creşterea rezistenţei la stres.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bibliografie selectivă

1. Asjer, J., **Born to be shy?**, în *Psychology Today*, 21, 4, 1987, p. 56-64.

2. Bandura, A., **Fearful Expectations and Avoidant Actions as Coeffects of Perceived Self-Inefficacy**, în *American Psychologist*, 41, 12, 1986, p. 1389-1391.

3. Baron, R. A., Byrne, D., **Social psychology: Understanding human interaction**, Boston, London, Sydney, Toronto, Allyn and Bacon Inc., 1981.

4. Bolduc, H. L., **Self-Hypnosis. Creating your own Destiny**, Press Virginia Beck, Edgar Cayce Foundation, 1985.

5. Clark, D., **A cognitive approach of panic**, Behavior Research Theory; 1986, 24, 5, p. 461-470.

6. Chamberlain, J.M., **Eliminate your Self-Defeating Behaviors**, Bringham Young University Press, 1978.

7. Elis, A., Grieger, R., **Handbook of Rationale therapy, Springer Corp.**, New York, 1977.

8. Elis, A., **The Imposibility of Achieving Consistently Good Mental Health**, în *American Psihologist*, 42, 4, 1987, p. 364-375.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

9. Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, Joan, Clark, D.M., **Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems – A Practical Guide**, Oxford University Press, 1991.

10. Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., **Activitatea sportivă: Decizie–autoreglare–performanţă**, Editura Sport-Turism, Bucureşti, 1987.

11. Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., **Autodepăşirea în sport**, Editura Sport-Turism, 1988.

12. Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., **Psihoterapia – un tratament fără medicamente**, Editura „Ceres", Bucureşti, 1993.

13. Holdevici, Irina, **Elemente de psihoterapie**, ediţia a II-a, Editura „All", Bucureşti, 1997.

14. Huber, W., **Psihoterapiile. Terapia potrivită fiecărui pacient**, Editura „Ştiinţă & Tehnică", seria Psihologia, Bucureşti, 1997.

15. Myers, D.G., **Social Psychology**, McGraw-Hill, Book Comp., New York, Paris, Sydney, Tokio, Toronto, 1983.

16. Öst, L.G., **Applied relaxation versus progressive relaxation in the treatment of panic disorder**, Behavior Research Theory, 1988, 26, 1, p. 13-22.

17. Holdevici, Irina, **Sugestiologie şi terapie sugestivă**, Editura „Victor", Bucureşti, 1995.

18. Shank, L. J., Shaffer, Carolyne, ***Cognitive – A Therapist's Manual For Cognitive Behavior. Therapy in Groups***, Plenum Publ. Corp., New York, 1984.

19. Handley, R., Neff, Pauline, **Anxiety and Panic Attacks. Their Cause and Cure. The Five Life Plus Program for Conqnering Fear**, Fawcett Crest, Ballantine Book, New York, 1985.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

5501
/2000

Printed in Romania

grupul drago print

fed print sa O societate Butan Gas

B-dul Tudor Vladimirescu, nr. 31, sector 5, Bucureşti, ROMÂNIA
Telefon: 335.93.18; 335.97.47
Fax: 337.33.77

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Observațiile empirice și cercetările științifice arată că oamenii cu gândire pozitivă se descurcă mai bine în situații dificile, au o mai mare capacitate de efort fizic și intelectual, rezistă mai bine la situații stresante și chiar la îmbolnăviri, obțin rezultate superioare față de alți oameni cu aptitudini asemănătoare. Gândirea pozitivă este o atitudine care permite omului să descopere mai ușor părțile bune ale unei situații și să găsească mai repede soluții optime la problemele cu care se confruntă.

Lucrarea prezentă ne ajută să ne formăm deprinderile de gândire pozitivă. Ea se adresează psihologilor, medicilor, studenților la psihologie și medicină, care doresc să-și însușească noțiunile de bază ale terapiilor rațional-emotivă și cognitiv-comportamentală, precum și publicului larg, doritor de autoperfecționare.

ISBN 973-99482-2-7

75 000 lei

BCU IASI